

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**BUSCANDO EDUCAÇÃO E SAÚDE COM AS GESTANTES E
SUAS FAMÍLIAS, NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM
UMA COMUNIDADE DE FLORIANÓPOLIS**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0352

Autor: Corso, Daniela Cri

Título: Buscando educação e saúde com as



972492062 Ac. 241603

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0352

Ex.1

DANIELA CRISTINA CORSO
SÍLVIA SCHWERZ

Florianópolis, dezembro de 1999.

DANIELA CRISTINA CORSO

SILVIA SCHWERZ

**BUSCANDO EDUCAÇÃO E SAÚDE COM AS GESTANTES E
SUAS FAMÍLIAS, NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM
UMA COMUNIDADE DE FLORIANÓPOLIS**

**Relatório da VIII Unidade Curricular
do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal
de Santa Catarina.**

Orientadora: Ivonete T. B. Heidemann

Supervisora: Cleusa R. Pacheco de Souza

Florianópolis, dezembro de 1999.

**“Nós vos pedimos com insistência:
Nunca digam: Isto é natural!
Diante dos acontecimentos de cada dia.
Numa época em que reina a confusão,
em que corre o sangue,
em que o arbitrário tem força de lei,
em que a humanidade se desumaniza...
Não digam nunca: Isto é natural!
A fim de que nada passe por ser imutável.”**

Bertold Brecht

AGRADECIMENTOS

À Deus, que com seu poder supremo, nos deu força, sabedoria e tantos outros dons que se fizeram indispensáveis nesta caminhada.

Aos nossos pais, que mesmo estando longe, acreditaram em nós e por muitas vezes renunciaram aos seus próprios sonhos, para que pudessem realizar os nossos; por terem nos dado vida, e nos ensinado a viver com dignidade, um muitíssimo obrigado seria pequeno diante da grandeza dos nossos agradecimentos e do nosso amor.

À nossa família, pelo apoio e carinho, fazendo-nos prosseguir apesar das dificuldades.

Ao Marcelo e Rodrigo, por todo o carinho e incentivo que nos deram dos primeiros momentos até os atuais, pela disponibilidade em ajudar nos momentos mais difíceis e por compreenderem nossos momentos de ausência.

À nossa orientadora e amiga Ivonete, pela lição de saber, pela dedicação, por escutar nossas angústias e principalmente por compreendê-las, sempre com uma palavra de incentivo, apoio e amizade. Sempre lembraremos de ti com o coração. Te adoramos!

À nossa supervisora Cleusa, que apesar de pequena, é uma grande pessoa, o nosso muito obrigado por nos dar forças nas horas em que mais precisamos, acompanhando de perto nossas angústias, e nos guiando para o melhor caminho.

À professora Rosane Nitschke, pela sua contribuição e dicas para este trabalho, oferecendo oportunidades para melhorarmos nosso desempenho.

Aos funcionários do CS II Itacorubi, que nos acolheram com carinho, que acreditaram e colaboraram com nosso trabalho.

À todos nossos amigos, que de alguma forma sempre estiveram perto, participando, ajudando e apoiando-nos para que pudéssemos prosseguir nesta jornada incansável.

Aos colegas de turma, talvez muitos partirão, mas com certeza ficará a saudade, e muitas recordações dos momentos compartilhados, dos abraços, das risadas e lágrimas, das festas... Não vamos aqui nos despedir, mas levar as sementes dessas amizades para onde quer que possamos ir.

Aos amigos Carol, Joel e Kelly, pela colaboração, paciência e atenção para a conclusão deste trabalho.

À todos os professores, por nos ensinarem a enfermagem, nos mostrando o melhor caminho para exercê-la. Em especial à Tânia pelas palavras de conforto e ajuda e à Ana Rosete pela demonstração de carinho e apoio.

À toda comunidade do Itacorubi, por terem nos auxiliado para conclusão deste trabalho.

À todos que em nós acreditaram, e que colaboraram de alguma forma para a conclusão deste trabalho, muito obrigado!

RESUMO

O presente trabalho relata a experiência da prática assistencial desenvolvida no Centro de Saúde II Itacorubi, em cumprimento à VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. A mesma foi realizada no período de 10 de setembro a 17 de novembro de 1999. O objetivo constituiu-se em desenvolver um trabalho educativo de enfermagem fundamentado no referencial teórico de Paulo Freire, prestando assistência às gestantes e sua família, em uma área de abrangência de Programa de Saúde da Família (PSF), mais recentemente denominado de Estratégia de Saúde da Família, em Florianópolis. A utilização deste marco teórico, através de um processo libertador, crítico, participativo e de conscientização, possibilitou-nos trabalhar a questão da educação e saúde em nossa prática, e também oportunizou-nos a desenvolver consciência crítica, através das dificuldades encontradas no exercício teórico da metodologia e no desenvolvimento da prática educativa de enfermagem. Buscamos então, não só junto às gestantes e suas famílias, mas em toda comunidade, o desvelamento da realidade por elas vivida, desenvolvendo uma assistência voltada para a saúde comunitária, possibilitando alternativas viáveis para os problemas detectados naquele momento. O desenvolvimento dessa assistência se deu através de consultas de enfermagem (criança, mulher, gestante, puérpera), visitas domiciliares e realização de procedimentos em geral, que constituíram a prática da saúde comunitária. Vivenciar a realidade da saúde comunitária e conviver com a comunidade, nos ensinou outras dimensões do viver, muitas vezes diversas de nossa realidade, inseridas num mundo de significados próprios e para nós muitas vezes desafiador. Isto nos impulsionou rumo à busca de novos conhecimentos e aprimoramento de outros e a uma compreensão mais humana da enfermagem e da própria vida. Assim, procuramos contribuir com algumas perspectivas para a enfermagem, pois acreditamos que o processo de aprendizagem com base nas experiências da comunidade, caracteriza-se como o melhor caminho para o alcance de uma visão transformadora da realidade, desenvolvendo dessa forma uma assistência mais humanizada.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
2. OBJETIVOS PROPOSTOS	12
2.1. Objetivo Geral	12
2.2. Objetivos Específicos	12
3. REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1. Processo de Gestação.....	13
3.1.1. Diagnóstico da Gestação	13
3.2. Aspectos Biológicos da Gestação.....	14
3.2.1 Nutrição da gestante.....	17
3.2.2 Pequenas Queixas na Gestação	17
3.3. Aspectos Relacionados à Assistência Pré-natal	22
3.3.1. Cuidados Gerais na Gestação.....	32
3.3.2. Preparo das Mamas.....	35
3.3.3. Benefícios do Aleitamento Materno	36
3.4. Aspectos Psicossociais da Gravidez na Família.....	38
3.4.1. A Gravidez para a Mãe	43
3.4.2. A Gravidez para o Pai	48
3.4.3. A Gravidez para os Irmãos	49
3.4.4. A Gravidez para os Avós	51
3.5. Aspectos Fisiobiológicos do Puerpério	52
3.6. Aspectos Psicossociais do Puerpério	57
3.7. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)	60
3.8. Programa de Saúde da Família (PSF)	61
3.9. Distrito Docente Assistencial	67
3.10. Educação em Saúde	69
4. EDUCAÇÃO PROBLEMATIZADORA	72
4.1. Um Pouco da História de Paulo Freire	72
4.2. O Referencial Teórico de Paulo Freire	74

4.3. Os Conceitos	75
4.4. Interrelação dos Conceitos	80
5. METODOLOGIA	81
5.1. O Itinerário de Paulo Freire	81
5.2. Aspectos Gerais do Campo de Estágio	84
5.2.1. Resgatando um pouco da História do Itacorubi	84
5.2.2. Conhecendo o Morro do Quilombo	86
5.2.3. A Unidade de Saúde	87
5.3. População Alvo	89
6. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA PRÁTICA VIVENCIADA NO CENTRO DE SAÚDE II ITACORUBI	90
6.1. As Atividades não Planejadas e Realizadas	134
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	142
7.1. Facilidades Encontradas	144
7.2. Dificuldades Encontradas	144
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	146
9. ANEXOS	151

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo prestar assistência de enfermagem, de cunho educativo, às gestantes e sua família, em um centro de saúde que desenvolve suas ações no Distrito Docente Assistencial¹, e na Estratégia de Saúde da Família². Para desenvolver uma assistência de enfermagem voltada para a educação em saúde, buscamos no referencial de Paulo Freire seus pressupostos teóricos que irão, dessa forma, subsidiar a nossa prática, devido à sua proposta aberta, dinâmica e participativa.

Optamos por esse referencial pelo fato de estar dentro das nossas perspectivas de trabalho a educação em saúde e, também, pela vontade imens⁴a de trabalhar um método que fugisse dos padrões tradicionais e que, ao mesmo tempo nos proporcionasse o privilégio de sair da graduação com uma visão mais ampla do processo de educação em saúde.

Segundo Brito (1996), a educação é percebida por Paulo Freire como um processo de caráter permanente, dinâmico e inacabado de descoberta. Diz que devemos por em prática uma educação pelo trabalho, que estimule a colaboração e não a competição. “Uma educação que valorize a ajuda mútua, que desenvolva o espírito e a criatividade, deixando de lado o individualismo e a passividade”, colocando a importância de desenvolver no processo educativo a reflexão, e não simplesmente dar informações.

O nosso interesse em desenvolver uma prática assistencial junto às gestantes evidenciou-se no decorrer do estágio curricular de obstetrícia, ministrado na sétima fase da graduação em enfermagem. Considerando que o curto espaço de tempo dos estágios nos limitou a maiores conhecimentos sobre o processo da gestação, é que optamos em desenvolver este trabalho. Além disso, constatamos a falta de informações significativas das gestantes e puérperas, principalmente as de baixo nível sócio-econômico, que

¹ O Distrito Docente Assistencial foi criado em 1996 pela Secretaria de Saúde de Florianópolis. A partir de maio de 1997, é criado o Programa Docente Assistencial, configurado na área do Distrito Docente Assistencial, numa articulação conveniada da UFSC e da Secretaria de Saúde de Florianópolis, com o intuito de formar profissionais com perfil diferenciado, voltado à saúde comunitária.

² A Estratégia de Saúde da Família emergiu a partir do Programa de Saúde da Família (PSF), que surgiu em 1994, como uma estratégia para a reorganização da atenção básica em saúde e redefinição e reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo desta estratégia é melhorar as condições de saúde da população através de um modelo de assistência voltado para a comunidade.

mesmo tendo realizado pré-natal, ainda se mostravam alheias a várias informações sobre a gestação/nascimento.

Chegamos a conclusão, então, que a realização de trabalhos educativos com as gestantes, baseados no diálogo, visando a reflexão e conscientização sobre o processo de gestação, seriam fundamentais para o seu auto-conhecimento, seu auto-cuidado e consequentemente sua auto-realização. Ressaltamos, ainda, que nesta fase especial de sua vida, a gestante traz consigo dúvidas, angústias, alegrias e expectativas, que devem ser superadas para um bom processo de evolução da gravidez.

Concordamos com Alonso (1994, p.173), “que a enfermeira, de uma forma geral, na essência da sua prática profissional, se encontra sempre e em qualquer circunstância como ser humano numa situação assistencial, pois acima de tudo ela é também um ser humano pleno de potencialidades, experiências, percepções, expectativas e fragilidades nas relações que estabelece com outros seres humanos”. Esta autora enfatiza que, “como educadora em saúde, a enfermeira necessita também desenvolver com profundidade o seu auto-conhecimento, refletindo sobre sua visão de mundo, procurando estabelecer uma relação individual ou grupal autêntica, demonstrando estar comprometida com as reais necessidades de saúde dessas pessoas, inseridas na sua cultura e sociedade”.

O trabalho foi desenvolvido no Centro de Saúde II Itacorubi, área de Distrito Docente Assistencial, estendendo-se do período de 10 de setembro a 17 de novembro. Esse local nos interessou por trabalhar na Estratégia da Saúde da Família³, que visa uma reordenação do modelo assistencial vigente no país, devido ao SUS estar apresentando pouca resolutividade, dando ênfase na medicina curativa e não na integralidade da assistência. Achemos a Estratégia de Saúde da Família de suma importância, por se tratar de uma outra forma de visualizar a atenção à saúde, onde o saber e o poder estão centrados na equipe de saúde e na comunidade, desenvolvendo dessa forma a interdisciplinariedade e a humanização da assistência.

³ A Estratégia de Saúde da Família, no CS II Itacorubi, por motivos burocráticos, ainda não foi implantado definitivamente, conforme as normas da Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social (SSDS). Mas devemos ressaltar que a equipe de saúde local já está trabalhando nesta estratégia, que se consolida a partir do Distrito Docente Assistencial.

Desta maneira, relacionamos e resolvemos aplicar os conceitos de Paulo Freire na Estratégia de Saúde da Família. Buscamos, dessa forma, também participar das experiências, crenças e valores das gestantes/famílias do Itacorubi, juntamente com a equipe de saúde, realizando um processo educativo amplo, buscando alternativas para a melhoria da qualidade de vida das gestantes e suas famílias.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. PROCESSO DE GESTAÇÃO

A gestação é uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento.

É um episódio crítico no ciclo evolutivo da mulher, pois é um processo fisiológico que envolve alterações profundas, cujas repercussões vão se sentir na área física, psíquica e social. Não é um episódio isolado, mas parte de um processo que está ligado não só à mulher como indivíduo, mas também à família e ao meio social em geral (Kuntze, 1991).

3.1.1. Diagnóstico da gestação

Baseia-se na história, no exame físico e nos testes laboratoriais. Presume-se de uma gestação, quando houver:

- a) **Manifestações Clínicas:** além de amenorréia, de náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite, aumento da frequência urinária;
- b) **Modificações Anatômicas:** aumento do volume das mamas com a identificação dos tubérculos de Montgomery (glândula sebácea da aréola), saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar (sinal de Jacquemier), além de cianose vaginal e cervical (sinal de Chadwick). (Richartz, 1999, p.15)

As probabilidades elevam-se com o aumento do volume uterino, amolecimento cervical e do segmento inferior (sinal de Hejar) e com a positividade dos testes laboratoriais, através da fração beta da gonadotrofina coriônica humana (BHCG) detectada no soro e identificada desde o oitavo e o nono dia de fertilização. (Richartz, 1999, p.15)

Guyton (apud Maestri e Liz, 1998) refere que alterações fisiológicas ocorrem devido a modificações assessorias em seus órgãos reprodutivos e em suas mamas para assegurar o desenvolvimento do feto e a nutrição da criança após o nascimento, todas as

suas funções metabólicas ficam aumentadas para suprir uma nutrição suficiente para o feto em crescimento e a grande produção de determinados hormônios pela placenta, durante a gravidez, produzindo então, certos “efeitos colaterais”.

3.2. ASPECTOS BIOLÓGICOS DA GESTAÇÃO

Segundo Carvalho (1990), as principais alterações biológicas da gestação são:

a) Aparelho Cardiovascular

- O volume de sangue aumenta em cerca de 30%.
- Há um aumento da pressão venosa nos membros inferiores, pela compressão parcial da veia cava, pelo útero aumentado de volume e, em parte, também devido ao aumento da resistência que o fluxo sangüíneo encontra nas extremidades inferiores ao juntar-se ao fluxo proveniente do útero.
 - A frequência cardíaca em repouso aumenta cerca de dez batimentos por minuto.
 - Com o aumento do volume sangüíneo, o coração tem que circular maior quantidade de sangue através da aorta, cerca de 50% a mais, por minuto.
 - O trabalho máximo do coração é ao final do segundo trimestre, diminuindo nas últimas semanas de gestação e aumentando novamente imediatamente após o parto.
 - O coração é deslocado para cima devido ao aumento do volume do útero. Isto resulta em alterações da frequência cardíaca em determinados decúbitos. O coração também aumenta ligeiramente de volume. Destas alterações surge um sopro sistólico na base, alterações no ECG e uma hipercinesia cardíaca (a paciente refere batimentos cardíacos mais fortes).
 - Pode haver palpitações nos primeiros meses de gestação, isto é, devido aos transtornos do sistema simpático e, ao final da gravidez, à pressão intra-abdominal do útero extremamente aumentado.

b) Aparelho Respiratório

- Há uma elevação do diafragma pelo útero aumentado, tornando a respiração mais difícil. Esta elevação do diafragma não causa diminuição da capacidade dos pulmões, pois há uma ampliação da caixa torácica no sentido antero-posterior.

- Há um aumento da frequência respiratória e da quantidade de ar movimentada em cada ciclo, resultando numa ligeira baixa de CO₂ no sangue. O centro respiratório no cérebro também torna-se mais sensível aos estímulos específicos.

- Ocorre hiperventilação – aumento da F. Respiratória, volume-corrente e volume-minuto, provavelmente devido ao maior consumo de O₂ e produção de CO₂ pelo feto.

b) Aparelho Gastrintestinal

- Ocorre uma alteração fisiológica em todo o aparelho, a diminuição do peristaltismo, devida principalmente ao efeito da progesterona sobre a musculatura lisa. Com o peristaltismo diminuído, há um retardo no esvaziamento gástrico e no trânsito intestinal, que pode provocar náuseas e constipação. A pirose é provocada pelo refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago, devido também à diminuição do peristaltismo.

d) Aparelho Urinário

- Há um grande aumento do fluxo sanguíneo aos rins (de 30% a 50%), obrigando os rins a filtrar maior quantidade de sangue.

- A musculatura lisa dos ureteres sofre a ação da progesterona, diminuindo o peristaltismo e dilatando-se. Esta dilatação dos ureteres, particularmente a do direito, em parte também é devida à pressão do útero aumentando de volume.

e) Aparelho Genital

- Há hiperplasia e hipertrofia de todo o aparelho reprodutor feminino.

- O útero aumenta quatro vezes em comprimento e cerca de 1 kg no peso devido ao alongamento e engrossamento das fibras musculares.

- O colo uterino amolece preparando-se para a dilatação no final da gestação.
- Aumentam também a vascularização e o tecido elástico da vagina, tornando-a mais distensível para a passagem do feto.
- Devido ao aumento da vascularização a coloração do aparelho genital passa de rosada para violácea (Sinal de Chadwick).
- Há hiperatividade das glândulas endocervicais aumentando a produção de secreção mucosa.
- Há aumento do glicogênio no epitélio vaginal, promovendo o desenvolvimento do lactobacilo e, conseqüentemente, aumento da acidez vaginal (o pH fica entre 3,5 a 6). Não confundir esta secreção aumentada com corrimento patológico.

f) Pele

- Pode haver o aparecimento de estrias nas mamas, abdômen, nádegas, provavelmente pelo estiramento da pele, devido ao depósito de tecido adiposo nessas áreas.
- Há uma hiperpigmentação da pele. Há o aparecimento de uma linha negra que vai do monte de Vênus ao umbigo. No rosto, às vezes, aparecem manchas de cor castanha, chamadas de cloasma, que provavelmente desaparecerão após o parto. Estas alterações podem estar relacionadas com a hipertrofia do córtex das glândulas supra-renais.
- Há também uma hiperatividade das glândulas sudoríparas, sebáceas e dos folículos pilosos.

g) Alterações Hematológicas

- Os leucócitos elevam-se, variando entre 6.000 a 12.000/mm³, chegando a 25.000 durante o trabalho de parto.
- O nível de fibrinogênio aumenta em 50%, por influência do estrógeno e progesterona.

h) Mamas

- As aréolas alargam-se e ficam mais pigmentadas.
- Aparecem inúmeras elevações pequenas (os tubérculos de Montgomery) nas aréolas, que são glândulas sebáceas hipertrofiadas.
- Ocorre a hipertrofia dos alvéolos mamários por volta do segundo mês. Os mamilos ficam maiores, mais pigmentados e mais eréteis logo no início da gestação. Presença de colostro ao redor do segundo mês. Há uma hipersensibilidade das mamas.

3.2.1 Nutrição da gestante

As refeições devem ser individualmente balanceadas e consumidas fracionadas em seis refeições ao dia.

A ingestão calórica deverá ser suficiente para manter o peso corporal ideal estimado, mais duzentas calorias adicionais por dia, durante os cinco últimos meses de gestação.

O ganho ponderal deverá ficar entre 8 a 12 kg, distribuídos da seguinte maneira: 1 kg no primeiro trimestre, 4 kg no segundo e 5 kg no último trimestre. Este peso, equivalerá, no final da gestação, a um feto de 3,5 kg, 700 g de placenta, 1 kg de útero e um litro de líquido amniótico.

O feto exige grande quantidade de ferro; por isso, muitas vezes, a gestante necessita receber suplemento.

3.2.2. Pequenas queixas na gestação

a) Enjôo Matinal

Causas:

- alterações do equilíbrio hormonal
- peristaltismo diminuído
- aborrecimentos

Conduta:

- permanecer na cama por meia hora antes de se levantar
- comer torradas, pão seco ou “Cream-Cracker”, meia hora antes de se levantar
- beber leite, chá ou café fraco, quentes
- evitar ingerir alimentos de difícil digestão
- ingerir alimentação fracionada em seis vezes ao dia

b) Pirose

Causas:

- suco gástrico reflui para o esôfago devido a diminuição do peristaltismo do estômago, causando irritação
- alterações emocionais também podem contribuir

Conduta:

- evitar ingerir alimentos gordurosos
- evitar deitar-se após as refeições
- ingerir pequenas refeições e menos espaçadas
- evitar alimentos muito condimentados
- procurar dormir com o tronco mais elevado, em relação ao resto do corpo; a cabeceira da cama poderá ser elevada cerca de quinze centímetros.
- administrar a medicação antiácida de uma a duas horas após as refeições.
- poderá ser prescrita também: prostigmina para estimular o peristaltismo
- administrar complexo B
- não usar bicarbonato de sódio, pois ele promove a retenção hídrica

c) Lombalgia

Causa:

A lombalgia é causada por adaptações posturais da gravidez e enfraquecimento dos ligamentos das articulações sacroilíacas.

Conduta:

- Vestir roupas adequadas.
- Usar cinta abdominal para gestantes.
- Usar sapatos de salto baixo e de base mais larga.
- Usar boa mecânica e boa postura corporal.
- Evitar a fadiga.

d) Varizes

As varizes podem afetar os membros inferiores, a vulva e a pelve.

Causas:

- hereditariedade
- compressão dos grandes vasos pelo útero aumentado
- roupas apertadas
- permanecer longos períodos em pé

Conduta:

- evitar roupas apertadas
- usar meias elásticas
- repousar com frequência
- elevar as pernas e quadril com auxílio de almofadas
- ou elevar os pés da cama cerca de quinze centímetros.

e) Hemorróidas

Causas:

- hereditariedade
- compressão dos grandes vasos sanguíneos pelo útero aumentado
- a constipação agrava o problema

Conduta:

- evitar e tratar a constipação
- realizar banhos de assento com água fria após as evacuações, para prevenção

- caso elas se prolapsem, reintroduzi-las com o dedo enluvado e lubrificado por um anestésico; a seguir, aplicar compressas geladas.

f) Polaciúria

A pressão do útero em crescimento sobre a bexiga geralmente cede por volta do segundo ou terceiro mês de gestação, quando o útero atinge a cavidade abdominal, e retorna nas últimas semanas, quando o vértice penetra na cavidade pélvica. Isto é o encaixamento.

g) Constipação

Causa:

- Peristaltismo diminuído

Conduta:

- ingerir alimentos ricos em fibra (frutas, verduras, legumes, cereais integrais etc.)
- ingestão hídrica adequada
- ingerir um copo de água gelada toda manhã para estimular o peristaltismo.
- Estabelecer horários regulares para evacuação
- Evitar o uso de medicamentos laxativos

h) Flatulência

Causa:

- Ação de bactérias produtoras de gás nos intestinos.

Conduta:

- evitar a ingestão de alimentos que produzem gases, como: feijão, milho, batata, repolho, ovo, frituras etc.
- mastigar bem os alimentos.

i) Corrimentos

É normal, durante a gravidez, um aumento de secreção vaginal. Porém, é necessário afastar a possibilidade de algum corrimento patológico, como gonorréia, tricomoniase, monilíase ou gardenerose.

j) Cãimbras

Causas:

- hipocalcemia
- compressão dos grandes vasos sanguíneos pelo útero aumentado
- quantidade excessiva de fósforo
- tensão muscular
- fadiga
- frio

Conduta:

- ingerir quantidade adequada de cálcio
- usar roupas confortáveis, que não restrinjam a circulação
- evitar o resfriamento do corpo, manter uma temperatura adequada
- repousar periodicamente com pés elevados
- para aliviar a cãimbra: empurrar os artelhos para cima; ao mesmo tempo, aplicar pressão no joelho para retificar a extremidade afetada.

3.3. ASPECTOS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

a) A Primeira Consulta

Segundo a normatização da assistência à saúde do Programa Capital Criança⁴, a primeira consulta inicia-se pela anamnese que abrange fatores como: se a gravidez foi planejada, história patológica pregressa, história familiar, história gineco-obstétrica, alergia a medicamentos e hábitos como etilismo, tabagismo, entre outros.

A anamnese é talvez o mais importante método de coleta de dados. Uma história cuidadosamente colhida proporcionará não somente fatos, mas também a informação valiosa sobre as crenças e sentimentos da mulher e sobre as formas em que ela prefere ser cuidada.

Ao indagar se a atual gestação foi ou não planejada, obtém-se informações sobre as práticas contraceptivas. Isso será útil na tomada de decisões nesta área durante o puerpério.

A história patológica pregressa e familiar não deve se limitar a um histórico de doenças passadas da gestante/puérpera, deve se estender a investigações como doenças hereditárias ou crônico-degenerativas na família, informações sobre medicamentos usados e a experiência anterior com a dor e hospitalização.

A história gineco-obstétrica volta-se principalmente para as intercorrências que poderiam se repetir na próxima gestação, atentando para os medos e mitos que porventura possam ter ficado de uma antiga gravidez.

O exame físico, deverá ser completo tendo-se em mente que a adaptação fisiológica da gravidez pode mimetizar uma série de patologias. Deve-se determinar o peso, a altura e o estado nutricional da gestante. Verificar os sinais vitais: pressão arterial (nunca em decúbito dorsal após o segundo trimestre), frequência cardíaca e respiratória e temperatura. É importante a palpação da tireóide, a ausculta cardiopulmonar, o exame de membros inferiores e a verificação da presença do edema.

⁴ Programa de Assistência à Saúde Materno-Infantil desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, desde 1997.

A avaliação do estado nutricional da gestante através do nomograma, melhor que o simples controle do ganho ponderal, visa identificar as gestantes com déficit nutricional ou sobrepeso no início da gestação, detectar gestantes com ganho de peso pequeno ou excessivo para a idade gestacional, em função do estado nutricional prévio.

Calcula-se a percentagem de peso em relação ao peso ideal para a altura, usando o nomograma da seguinte maneira: marca-se o número correspondente à altura na primeira coluna, passando pelo número equivalente ao peso encontrado na segunda coluna, até chegar ao percentual do peso correspondente na terceira coluna. Finalmente, marca-se no gráfico o ponto correspondente ao percentual encontrado e à idade gestacional. A posição desse ponto no gráfico indica o estado nutricional da gestante. Nas consultas subsequentes, ligam-se os pontos marcados. A inclinação da linha mostra a adequação (subida) ou não (descida) do ganho ponderal durante a gravidez.

O exame gineco-obstétrico, compreende o exame abdominal (altura uterina, circunferência e palpação dos contornos fetais), exame das mamas, ausculta dos batimentos cardio fetais (BCF), palpação de gânglios inguinais, inspeção dos genitais externos, exame especular com inspeção da secreção vaginal e coleta de material para exame citopatológico (caso não tenha realizado nos últimos 6 meses).

A altura uterina é estimada tendo-se o cuidado de reconhecer a resistência óssea da borda superior da sínfise púbica e delimitar, sem comprimir o fundo do útero com a borda cubital da mão. A fita métrica mede o arco uterino, o que permite, além de calcular a idade gestacional, acompanhar o crescimento fetal, suspeitar de gemelaridade e o excesso de líquido amniótico.

Faz-se necessário o cálculo da idade gestacional (IG) e data provável do parto. Como na maioria das vezes não se conhece a data da ovulação e nem da fecundação, os cálculos baseiam-se na data da última menstruação (DUM), utilizando-se a regra de Nageli. A identificação correta da idade gestacional é fundamental e deve ser o mais precocemente possível.

A data provável do parto é em média 280 dias após o primeiro dia da última menstruação. Isso corresponde a 40 semanas de 7 dias podendo-se utilizar este método para cálculo de idade gestacional e data provável de parto. No entanto, existe grande variação dentro da normalidade, sendo qualificadas gestações a termo aquelas

compreendidas entre 37 semanas completas e menos de 40 semanas completas (259 a 280 dias).

Pela apresentação fetal pode-se diagnosticar o local de ausculta cardio-fetal. Os batimentos fetais possuem frequência que oscila entre 120 e 160 bpm. Na apresentação cefálica o foco se encontra nos quadrantes inferiores do abdome, na apresentação pélvica o foco estará nos quadrantes superiores e na apresentação córmica a ausculta será na linha média.

O método palpatório do abdome (manobras de Leopold Zweifel), visa o reconhecimento do feto nele contido, sua apresentação, posição e situação, que consta dos seguintes tempos:

1º Tempo – Delimitação do fundo do útero: com ambas as mãos deprime-se a parede abdominal reconhecendo a parte fetal que ocupa;

2º Tempo – Exploração do dorso: identificam-se as pequenas partes ou membros e o dorso fetal, de um ou outro lado do útero, diagnosticando-se a posição;

3º Tempo – Exploração da mobilidade cefálica (Leopold ou Pawlick): apreende-se o polo cefálico entre os dedos polegar e médio imprimindo-lhe movimentos de lateralidade que indicam o grau de penetração da apresentação na bacia;

4º Tempo – Exploração escava: investiga-se a apresentação fetal. É considerada apresentação cefálica quando a escava está completa de forma lisa, consistente, irreduzível e pélvica com a escava incompleta de forma amolecida, irregular, deixando-se reduzir. Quando a apresentação for córmica a escava está vazia.

b) Consultas Subsequentes

Após o exame inicial, a gestante retornará decorrida uma semana, com análises solicitadas, quando a atenção será dirigida especialmente à parte obstétrica, devendo-se ficar atento para o surgimento de fatores de risco.

A cada consulta, atualiza-se a anamnese, calcula-se a idade gestacional; repete-se o exame físico; registra-se o peso, levando em consideração o estado nutricional; verifica-se a pressão arterial e medida da altura uterina; ausculta-se os batimentos cardio-fetais (BCF). Além disso, indaga-se sobre a percepção dos movimentos fetais, discute-

se com a gestante os sinais e sintomas de cada fase da gestação, observando seu estado emocional frente a gravidez e ao parto.

No terceiro trimestre solicita-se novo exame de urina e dosagem da hemoglobina, também repete-se o toque vaginal perto do termo (38 - 39 semanas), para avaliar a bacia, a insinuação da cabeça fetal e as características do colo uterino.

Em todas as consultas, deve-se estimular a gestante para participar ativamente dos cuidados relacionados a seu processo de gestação. Para tanto, são dadas orientações quanto ao hábito intestinal e urinário, práticas sexuais, funcionamento intestinal e urinário, alimentação, trabalho, repouso, lazer, exercícios físicos, preparo das mamas para o aleitamento e sinais de alerta (sangramento, contrações uterinas, perda de líquido amniótico, cefaléia súbita e persistente com distúrbios visuais e parada dos movimentos fetais). Além disso, os mesmos devem ser incentivados a participarem do grupo de gestantes.

Nas últimas consultas, as orientações estão voltadas principalmente para os sinais e sintomas do trabalho de parto, o parto, analgesia, anestesia e episiotomia, internação hospitalar e alojamento conjunto, aleitamento materno, cuidados com o bebê e retorno para a consulta puerperal.

c) O que Avaliar no Exame da Gestante

Estado Nutricional e Ganho de Peso Durante a Gestação: para acompanhar a curva de crescimento ponderal da gestante, utiliza-se o peso estimado antes de engravidar. Considerando-se como aumento normal um ganho semanal de 400g no segundo trimestre e de 300g no terceiro, sendo que o aumento repentino de peso (700g ou mais em uma semana sugere pré-eclâmpsia. A ausência ou perda de peso pode estar associada a um crescimento fetal insuficiente.

É rotina utilizar como referência o percentual do peso em relação ao peso ideal para a altura, que dispensa o conhecimento do peso prévio a gestação, e correlacioná-lo com o padrão de referência nas diversas IGs.

Controle da Pressão Arterial: a obtenção de dados sobre o padrão pressórico da paciente e a medida consecutiva da pressão arterial a cada consulta pré-natal permitem avaliar possíveis elevações e realizar eventual diagnóstico diferencial. Considera-se hipertensão quando há um aumento de 30mmhg ou mais na pressão sistólica e/ou aumento de 15mmhg ou mais na diastólica em relação aos níveis tensionais estabelecidos nas consultas anteriores, lembrando que a paciente deve permanecer na posição sentada (nunca em decúbito dorsal após o segundo trimestre).

Considera-se doença Hipertensiva Específica da Gestação, aquela cujos níveis elevados surjam após a 20ª semana, associados ou não a proteinúria e ao edema súbito, generalizado, em face e tronco. Em caso de hipertensão crônica ou hipertensiva específica da gestação encaminhar ao pré-natal de alto risco.

Nas pacientes que retardam a primeira consulta pré-natal devemos nos ater ao fato de que ao final do segundo trimestre e início do terceiro pode acontecer uma queda dos valores pressóricos, devido a hemodiluição, podendo confundir ou mascarar uma eventual hipertensão nas formas descritas.

Medida da Altura Uterina: crescimento Fetal: a medida da altura uterina (AU), efetuada corretamente, a cada consulta, de preferência pelo mesmo examinador, é suficiente para acompanhar o desenvolvimento fetal e seus anexos. Coloca-se um extremo da fita apoiada sobre a borda superior da sínfise púbica e o outro no fundo uterino, com a fita entre os dedos médio e indicador, medindo-se, desta forma, a altura do fundo uterino.

O padrão de referência são duas curvas de altura uterina desenhadas a partir de dados do Centro Latino-Americano de Perinatologia – CLAP, nas quais se identifica como limites de normalidade o percentual 10, para o inferior, e o percentual 90, para o superior, formando-se um gráfico. Este deve ser interpretado da seguinte forma: inicialmente, caracteriza-se o ponto obtido na primeira medida em relação às curvas; estando o ponto de intersecção da AU com IG, em cada momento da gestação, situado sempre entre as curvas inferiores e superiores, a conduta é seguir o calendário mínimo. O ponto inicial acima de curva superior pode indicar um erro de cálculo da IG, Poli-hidrânio, Gemelaridade, Mola Hidatiforme, Miomatose Uterina e Obesidade. Pode

necessitar de um retorno em 15 dias para reavaliação. Evoluindo ainda acima da curva superior, e com a mesma inclinação desta, é possível que a IG seja maior que a estimada, e necessitar confirmação e avaliação referenciada ao pré-natal de alto-risco. Uma inclinação maior que a curva superior, ou seja, um crescimento uterino acima do esperado e ascendente, acontece na gestação múltipla, na hidrocefalia, no poli-hidrânio, na doença trofoblástica gestacional, na macrosomia ou outra situação a investigar. Já o inverso, ocorre também por erro de cálculo, ainda mais se persistir evoluindo com a mesma inclinação. Se persistir a inclinação menor ou se afastar da curva inferior, pensar em retardo do crescimento intra-uterino, nos fetos pequenos, nos oligogrânio ou na situação transversal, se necessário encaminhar ao pré-natal de alto risco (PNAR).

27 **Ausculda dos Batimentos Cardíacos:** a determinação da frequência cardíaca fetal visa avaliar as condições fetais na gravidez e no parto. É um instrumento útil e suficiente para acompanhar a gestante normal, com resultados confiáveis. A identificação e a ausculda dos batimentos cardio fetais (BCF) apresenta uma cronologia que depende do arsenal diagnóstico disponível. Assim, com o sonar-doppler pode-se encontrar batimentos em torno de 10 – 11º semana, bem mais precoce do que o estetoscópio de Pinard (em torno da 20º semana). Deve-se ficar atento para afastar a possibilidade de erro de estimativa da IG, bem como condições que prejudiquem uma boa ausculda: obesidade materna, dificuldade de identificar o dorso fetal, poli-hidrânio.

A possibilidade de ouvir seu bebê traz a mãe uma sensação de tranquilidade e, por isso, deve-se tentar a ausculda, considerando as especificidades de cada método. A frequência e o ritmo dos batimentos são contados durante um minuto, ou frações de 15 segundos multiplicados por quatro, e devem situar-se em 120 e 160, sendo que as variações para mais ou para menos destes valores limítrofes correspondem, respectivamente a uma taquicardia (BCF maior que 160) e a bradicardia (BCF menor que 120) e constituem, junto com as desacelerações, em motivos de investigação através da monitoração cardíaca fetal; e do perfil biofísico. Por outro lado, a existência de acelerações transitórias, elevações de frequência de pelo menos 15 batimentos por um tempo mínimo de 15 segundos, é um sinal de boa vitalidade, e estão freqüentemente

associadas as movimentações fetais, estimulação mecânica sobre o útero ou a contração uterina.

d) Exames Laboratoriais Básicos e Condutas

Segundo a Normatização da Assistência à Saúde da Mulher (1998) do Programa Capital da Criança da Prefeitura Municipal de Florianópolis, ao procurar o Centro de Saúde, referindo amenorréia, durante a consulta de enfermagem, é solicitado o exame teste imunológico da gravidez (TIG). Quando a cliente trazer o resultado, confirmando positivo, solicita-se os outros exames: hemoglobina, tipo de sangue, fator RH, toxoplasmose IGG/IGM, HgHBs, VDRL, rubéola IGG, IGM, parcial de urina e glicose, parasitológico de fezes.

Segundo Buchabqui (apud Freitas et al, 1997), na primeira consulta pré-natal devem ser solicitados os seguintes exames de rotina: hemograma completo, parasitológico de fezes, tipagem sangüínea, fator RH, VDRL (repetir no segundo trimestre), rubéola, AgHBs, colpocitologia oncótica, ultrassonografia obstétrica em torno da 20^a semana, glicemia de jejum se a paciente for obesa ou do grupo de risco para diabetes, teste de tolerância à glicose entre 24^a e 28^a semana e coombs indireto. O coombs é solicitado quando a gestante apresenta Rh negativo e o parceiro Rh positivo.

Os resultados dos exames laboratoriais, tanto na primeira consulta como nas subsequentes devem ser anotados na ficha pré-natal (cartão da gestante com data da realização dos mesmos).

Tipagem Sangüínea: se a gestante for Rh negativa e o parceiro Rh positivo ou desconhecido, deve-se solicitar o teste de Coombs indireto na primeira oportunidade de identificação da incompatibilidade. Se negativo, a partir da 24^a semana, repeti-lo a cada 4 semanas. Se positivo, encaminhar ao pré-natal de alto risco e referir pré-natal de alto risco.

Sorologia para Lues-VDRL: tem-se utilizado o VDRL para Triagem, o qual, embora sendo um teste não-treponêmico ou não-específico, é de grande valor, pois permite avaliar quantitativamente os pacientes aos 3,6 e 12 meses após o tratamento para sífilis.

Anti-HIV: embora considerado atualmente de rotina, devem merecer atenção especial pelo risco latente e real, principalmente com história prévia de transfusão sanguínea, prostituição, parceira ou usuária de drogas injetáveis, e antecedentes de doenças sexualmente transmissíveis. Tornou-se rotina uma vez que já é possível reduzir os índices de infecção fetal pelo uso de zidovidina durante a gestação. Não deve ser esquecido o devido consentimento por parte da paciente, e dos cuidados na informação em caso de positividade.

Exame Parcial de Urina: além de ser mais frequente infecção bacteriana durante a gestação, deve-se atentar também para a alta incidência de bactéria assintomática, onde os casos não tratados podem evoluir para pielonefrite, quando o risco de trabalho de parto prematuro é de 20%. A presença de “traços” de proteinúria direciona para uma investigação mais atenta, se houver história ou identificação de hipertensão e/ou edema, quando então deve-se encaminhar para o P.N.A.R.

Hemograma: o comportamento dos parâmetros do eritrograma identifica uma diminuição significativa nos valores dos glóbulos vermelhos, hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht), que se manifestam precocemente ao redor da 10ª semana, alcançando valores mínimos ao redor da 20ª semana e com discreto aumento a partir daí. A taxa de Hb tem sido tomada como indicador de anemia durante a gravidez, quando os níveis são inferiores a 11 g%. O mesmo acontece com o Ht que acompanha o comportamento do Hb. Sugere-se neste caso a repetição dos exames.

Exame da Secreção Vaginal e Citopatológica Cervical: a necessidade de identificação, durante a gestação, de infecções vaginais para evitar ou ajustar riscos como: trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas (rupture),

endometrite puerperal ou mesmo de morte fetal intra-uterina, além do próprio desconforto por si só.

Rastreamento do Diabete Gestacional: nas gestantes com fatores de risco para o diabete (feto macrossômico prévio, antecedentes familiares, etc.), já na primeira consulta solicita-se uma glicemia de jejum ou mesmo um teste de tolerância à glicose. Com os valores alterados encaminha-se para o PNAR, para as demais em torno da 25ª semana solicita-se o teste de tolerância a glicose com 50g (TGG50) ou rastreamento.

Imunofluorescência para Toxoplasmose: embora sem ser considerada de rotina, deve-se recomendar o rastreamento através da imunofluorescência indireta – IgG e IgM – visto ser a infecção congênita mais prevalente, às vezes, assintomática, em nosso meio. Recomenda-se um cuidado na ingestão de carnes mal cozidas, proteção das mãos ao lidar no jardim, lavar bem frutas e verduras, além de evitar contatos com animais (gatos).

HBSAg: rastreamento para hepatite B através da pesquisa HBSAg no terceiro trimestre, uma vez que a incidência dez vezes superior a da AIDS. Quando o teste for negativo, as gestantes de alto risco devem repetir o teste no terceiro trimestre. A prevenção e o tratamento do recém-nascido se faz pela administração da vacina da hepatite B e da imunoglobina logo após o parto.

Rubéola: nas gestantes em início de gestação com suspeita de rubéola ou com história de possível exposição à doença, mesmo naquelas com antecedentes da doença, deve-se solicitar o teste de inibição da hemaglutinação (IH). Se o exame foi efetuado dias após a exposição, pois a resposta IgM é rápida, e der título de 1:16 ou mais, ou mesmo IgG que quadruplica seu valor num prazo de 4 semanas, a paciente provavelmente está imunizada. As malformações congênitas ocorrem quando a infecção ocorre nas primeiras 16 semanas de gestação. Após o parto, as não imunes devem ser vacinadas.

Condutas Básicas

Apresentamos a seguir o esquema da vacinação antitetânica.

Vacina Antitetânica na Gestação. Segundo Buchabqui (apud Richartz, 1999)

Situação	Conduta
Nas não vacinadas ou que sabem informar passado vacinal.	Aplica-se três doses da vacina, com intervalo de 8 semanas entre cada aplicação, a partir do 5º mês de gestação. Se estiver em fase avançada da gestação, o feto considera-se protegido após duas doses, aplicando-se a terceira dose no puerpério. Caso não haja tempo suficiente para duas doses, o intervalo deve ser diminuído para 4 semanas.
Naquelas gestantes com vacinação incompleta, ou seja, com uma ou duas doses prévias de DPT, DT ou TT.	Deve-se completar o total de três doses, mantendo-se o intervalo de 8 semanas a partir do 5º mês de gestação.
Vacinação com esquema completo e última dose há mais de 5 anos.	Aplicar uma dose de reforço logo que possível.
Há menos de 5 anos.	Nenhuma dose a aplicar.

Ultra-sonografia: atualmente considerado um procedimento obrigatório em obstetrícia. No primeiro trimestre, idealmente, através da via vaginal; dessa época em diante, transabdominal. Sendo um procedimento seguro, pode ser repetido sempre que necessário, em momentos diversos da gestação. De rotina realiza-se o exame na 20ª semana da gestação, podendo ser feitos na 10ª, 20ª e 36ª semanas sem prejuízos ao concepto. As informações proporcionadas pelo exame relacionam-se ao concepto, ao líquido amniótico e à placenta.

3.3.1. Cuidados gerais na gestação

a) Vestuário

- Evitar qualquer roupa que restrinja a circulação.
- Usar roupas confortáveis; adaptar o vestuário à medida da evolução da gravidez.
- Poderá ser usada cinta abdominal, própria para gestante, no final da gravidez, para apoiar o útero aumentado, principalmente se a gestante tem uma musculatura flácida.
- O uso da cinta abdominal para gestantes alivia a lombalgia e os sintomas de compressão, pois parte do peso do útero é retirada dos ligamentos e dos vasos sanguíneos.
- Usar sapatos confortáveis e que ajudem a manter o equilíbrio; sapatos com base maior. Evitar sapatos de saltos altos, pois a gestante tem dificuldade de se equilibrar, uma vez que o seu centro de gravidade é alterado pelo aumento de peso.
- Evitar o uso de ligas, pois elas retardam a circulação, favorecendo o desenvolvimento de varizes e câimbras musculares.

b) Cuidado com as Mamas

- Ensinar e iniciar cuidados com as mamas visando a amamentação.
- Aconselhar o uso de sutiã, preferencialmente de alças mais largas e ajustáveis. A maioria das mulheres necessita um número maior que o habitual para dar melhor apoio às mamas em desenvolvimento.
- O uso de um sutiã adequado alivia o desconforto das mamas caídas e evita flacidez após o parto. As mamas devem ser acomodadas por inteiro dentro da taça do sutiã.
- Será aconselhável adquirir um sutiã para nutrízes que continuará sendo usado durante toda a amamentação.

c) Cuidado com os cabelos, pele e dentes

- A pele e os cabelos podem se tornar oleosos devido ao aumento da função excretora da pele, por isso, a gestante deve prestar um maior cuidado à higiene da pele e dos cabelos.

- Tomar banho de chuveiro diário e lavar os cabelos com mais frequência.

- São permitidos os banhos de banheira durante toda a gestação. A água não penetra na vagina, a menos que submetida a grande pressão, portanto, não há motivos para preocupações com infecções. Além disso, o banho de imersão tende a ser muito relaxante, sendo uma ótima terapia para dores musculares, lombalgia ou insônia.

- Estar alerta para evitar quedas e escorregões na banheira ou chuveiro, devido ao equilíbrio diminuído no final da gravidez.

- Os cuidados dentários não podem ser negligenciados. Realizar escovação após cada refeição.

- A anestesia dentária, as obturações e extrações raramente são contra-indicadas.

d) Sono e Repouso

- Observar sono noturno adequado.

- Repousar, por alguns minutos, todos os dias, com os pés elevados. Sempre que possível, mantê-los assim, mesmo durante a execução das tarefas domésticas.

e) Bebidas Alcoólicas

- Bebidas alcoólicas podem ser permitidas esporadicamente para a maioria das pacientes, excetuando-se as patologias e intercorrências da gestação.

f) Fumo

- Causa vasoconstrição periférica, afetando a frequência cardíaca, a pressão sanguínea e o débito cardíaco.

- Este hábito está associado a fetos de pouco peso.

g) Viagens

- Evitar viagens longas.
- Caso seja necessário viajar, interromper as viagens longas com períodos de descanso de uns quinze minutos a cada duas horas.

h) Trabalho

- Deve ser realizado com moderação, sempre evitando a fadiga.
- Procurar diminuir os riscos ambientais (químicos, físicos e biológicos).
- Restringir as áreas de insalubridade e periculosidade.
- Evitar trabalhos que exijam equilíbrio delicado e/ou mudança de turnos (diurno para noturno).

i) Exercícios

- O exercício físico é saudável na medida em que melhora a digestão, o apetite, a função intestinal e o sono, além de aumentar a flexibilidade, o tônus muscular e melhorar o condicionamento cardiovascular.

- Deve-se estimular o exercício físico regular, com moderação e de maneira individualizada, dependendo da idade e condições físicas da gestante e estágio da gestação.

- O hábito de caminhar é particularmente recomendado.
- Lembrar a paciente para *nunca* realizar exercícios até ficar cansada.

j) Medicamentos

- A maioria das drogas atravessam a barreira placentária e podem ser teratogênicas.

- Devem ser evitados quaisquer medicamentos durante o primeiro trimestre de gravidez.

- Só usar medicamentos durante a gestação se for absolutamente necessário, e com prescrição médica.

- Registrar os medicamentos ingeridos pela paciente.

k) Relação Sexual

- A libido pode ser imprevisível no início da gestação.

- À medida que a gravidez evolui deve-se adotar posições sexuais mais confortáveis; evitar posição em que o homem fique por cima.

- Deve-se evitar relações sexuais se há:

- ameaça de abortamento ou parto prematuro
- sangramento
- dilatação cervical
- amniorrexe

3.3.2. Preparo das mamas

Santos, Stuepp e Saucedo (1997), referem que “durante o pré-natal as mamas da mulher-mãe devem ser examinadas sempre”. Estimular a mulher o seu auto-conhecimento através do toque a observação das mamas, tornará a mulher mais segura, capaz de se auto-cuidar e até mesmo identificar precocemente problemas que possam surgir.

A seguir, estão contemplados algumas orientações básicas para promover o auto-cuidado no pré-natal e que são reforçadas no puerpério.

Maestri e Liz (1998) referem que os banhos de sol são indicados cerca de 15 minutos diários, de preferência entre as 8 e 10 horas da manhã, isso ajudará a fortalecer a pele da mama. A ação dilatadora dos raios solares (infra-vermelhos) age sobre os vasos e capilares, atuando no sistema canalicular favorecendo a ingestão do leite. O sol tem ainda ação germicida e lactericida e ativa a reparação dos tecidos favorecendo a

cicatrização. Se a gestante torna o banho de sol um hábito, após o nascimento esta prática ajudará a evitar fissuras mamilares e servirá de tratamento caso elas ocorram. Os raios ultravioleta provocam inicialmente eritema e pigmentação, mas sua ação diz respeito a proteção e resistência do tecido epitelial.

De modo geral a gestante/puérpera deve evitar o uso de sabonetes, cremes, qualquer tipo de substância, principalmente nas aréolas e mamilos. O uso dessas substâncias, geralmente alcalinas, determinam a desidratação do tecido através da ação físico-química, retirando a lubrificação natural e diminuindo a acidez da epiderme, o que resulta no ressecamento da aréola e favorecendo o aparecimento de fissuras. Durante o banho, usar somente a água e, após o nascimento, a puérpera deverá usar entre as mamadas o próprio leite materno para higiene das aréolas e mamilos. As massagens durante o banho são benéficas, de preferência com uma esponja levemente áspera ou buchas vegetais, para secar pode-se usar toalha felpuda, isso tudo resultará no fortalecimento da pele, melhorando assim sua resistência.

Nos casos de mamilos semi-protusos, planos, invertidos e pseudo-invertidos é importante ensinar a gestante exercícios e massagens para formação do mamilo. Estas massagens podem ser feitas da seguinte forma:

- Sustentar a mama com uma das mãos, apreender o mamilo entre os dedos polegar e indicador e fazer movimentos giratórios para a esquerda e para a direita, como se estivesse girando um botão;
- Usando ambas as mãos posicione os dedos indicadores a cada lado do mamilo sobre a pele da aréola, movimentando juntos de dentro para fora sobre toda a circunferência areolar. Estes exercícios devem ser feitos no mínimo 3 vezes/dia durante o período pré-natal. Após o nascimento do bebê, além desses exercícios podem ser usadas outras técnicas como as bombas de sucção ou a seringa plástica.

3.3.3. Benefícios do aleitamento materno

Segundo o Manual da Promoção do Aleitamento Materno (UNICEF 1993), o leite materno oferece muitos benefícios à saúde do bebê. Na amamentação exclusiva os benefícios são usufruídos ao máximo. Como exemplo disso, temos a taxa de doenças

que exigem cuidados médicos mais baixa; o leite materno é produzido sobre custo zero, o que não acarreta a família qualquer tipo de ônus em relação a alimentação; não produz nem um dano à natureza, pois não necessita embalagem, transporte e técnicas de armazenamentos especiais. Vejamos a seguir algumas vantagens:

Proteção Contra Infecções: bebês amamentados têm menos diarreia, infecções gastrintestinais e infecções respiratórias do que bebês alimentados artificialmente. Uma substância chamada fator bifidus auxilia o crescimento de bactérias especiais no intestino do bebê, impedindo o crescimento e outras bactérias nocivas. Dezenas de agentes anti-inflamatórios reduzem os danos causados por inflamações fora de controle. Os linfócitos e macrófagos, que são células presentes em grande quantidade do leite, ajudam a combater agentes patogênicos. Os anticorpos de doenças que a mãe foi exposta, protegem seu bebê de doenças. Fatores de crescimento acentuam o desenvolvimento do bebê e a maturação de seu sistema imunológico, sistema nervoso central e de órgãos como a pele. Enzimas digestivas como a lactase e a lipase além de muitas outras enzimas importantes, protegem os bebês nascidos com sistema enzimático imaturo ou defeituoso. A lactase ajuda a prevenir o raquitismo e estimula a absorção do cálcio e o desenvolvimento cerebral.

Proteção Contra Alergias: o trato gastrointestinal do bebê desenvolve-se mais rapidamente quando ele é amamentado com o leite materno, sem a introdução de proteínas estranhas no seu sistema. Uma menor exposição à proteínas estranhas cria tolerância ao invés de respostas alérgicas. Nutrientes como o zinco e os ácidos graxos polinsaturados de cadeia longa auxiliam o desenvolvimento da resposta imunológica do bebê. Mamadas de fórmula nos primeiros dias, podem aumentar as taxas de doenças alérgicas. Todos os leites infantis, incluindo os leites à base de soja, expõem o bebê ao risco de alergia.

Outras Vantagens para o Bebê: é estatisticamente comprovado que bebês amamentados exclusivamente no seio são associados a um coeficiente de inteligência mais elevado, uma menor incidência de morte súbita no berço (Síndrome da morte

súbita do bebê); menor risco de desenvolver diabetes, câncer e infecções de ouvido na infância; melhor resposta a vacinações e capacidade de combater doenças mais rapidamente; melhor desenvolvimento psicomotor emocional e social; além de diminuir a chance de vir a desenvolver problemas ortodônticos e dentais causados pelo uso de mamadeiras e chupetas. O componente emocional está intimamente ligado à amamentação, pois o contato entre o bebê e a mulher é consideravelmente maior.

Vantagens para a Gestante/Puérpera: a ocitocina liberada durante a amamentação contrai o útero e ajuda a interromper a hemorragia pós-parto. Essa é uma das razões pelas quais o aleitamento deve ser iniciado imediatamente após o nascimento e mantido com frequência. Nutrizes têm elevada eficiência energética. Podem produzir leite mesmo com uma ingestão calórica limitada. O aleitamento freqüente atrasa a volta da menstruação e ajuda a proteger a mulher de uma nova gravidez. Nesse processo, as reservas de ferro são reservadas e as gestações espaçadas. Diminui o risco de câncer mamário e ovariano. A depressão pós-parto é reduzida. A recuperação física no pós-parto é mais rápida. A ligação afetiva é estimulada, uma vez que o tempo de permanência da mãe com seu bebê aumenta sensivelmente. O aleitamento materno torna conveniente as mamadas noturnas e as viagens.

Vantagens para a Sociedade: o custo de alimentar o bebê somente no seio é zero. Não há necessidade de comprar sucedâneos do leite materno além de equipamentos como mamadeiras, aquecedores portáteis, economizando ainda luz, gás, água, gasolina, etc. A família pode aproveitar de outra maneira o tempo gasto com o preparo de mamadeiras e as possíveis visitas aos serviços de saúde, pois as mães e os bebês ficam mais saudáveis. O aleitamento materno é considerado como um ato ecológico, pois o único lixo que ele produz é totalmente biodegradável: as fezes do bebê.

3.4. ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA GRAVIDEZ NA FAMÍLIA

Segundo Ziegel e Cranley (1985) a transição e a mudança são elementos centrais na experiência familiar. A família está em interação dinâmica e contínua entre

seus membros e com a comunidade fora da família. O relacionamento dentro da família modifica-se, às vezes gradativamente, às vezes de forma súbita, à medida que seus membros amadurecem, juntam-se novos membros e alguns membros a abandonam. As interações com a comunidade também se modificam, dependendo da idade e da fase de desenvolvimento dos membros da família, bem como em muitas outras circunstâncias, como saúde, emprego e necessidades e interesses familiares. Algumas das alterações ou transições previstas encontradas pela maioria das famílias, são o nascimento de uma criança (filhos), a partida dos filhos do lar paterno, o envelhecimento e a morte. Além disso, todas as famílias defrontam-se com situações imprevistas, como divórcio, doença, alterações nas circunstâncias econômicas, uso de álcool ou drogas, problemas escolares, violência etc.

Alteração Familiar Resultante da Gravidez

A gravidez produz normalmente significativa mudança familiar em consequência da previsão e, em seguida, do nascimento de um novo membro. Embora cada família seja afetada de um modo ligeiramente diferente, descreveremos até certo ponto as alterações que a maioria das famílias pode esperar.

Aumento de Relações

O acréscimo de um novo membro aumenta geometricamente o número de relações intrafamiliares. Com um casal existem duas relações: ele com ela e ela com ele. Entretanto, pelo acréscimo de um filho, o número de relações dentro da família aumenta para seis, visto que cada membro tem uma relação com os dois outros.

Durante a gravidez o casal começa a preparar-se para o seu novo papel como pais. Não só cada indivíduo deve adquirir consciência de sua função, e consciência de si próprio exercendo essa função, como deve também reordenar a percepção do parceiro para incluir o novo papel exercido por este. Assim, uma mulher grávida pela primeira vez deve não só adquirir o papel de mãe, como também começar a interagir com seu companheiro como pai, como marido, como amante e assim por diante.

Estrutura Social

Ocorrem freqüentemente modificações na estrutura social do casal durante a gravidez e a criação dos filhos. Podem surgir novos amigos e relações que compartilham a experiência da gravidez e dos filhos. Algumas relações antigas podem ter cada vez menos fatores em comum, desfazendo-se gradativamente. A família procura freqüentemente novos contatos como forma de auxílio para enfrentar essa transição, como grupos de educação para o parto, grupos de apoio para os genitores e pais experimentados de suas famílias e relações.

Relações Sexuais

Para muitos casais existe um período de prazer sexual aumentado pelo menos durante parte da gravidez. Para outros a libido está diminuída e existe desconforto nas relações sexuais. O temor de lesar o feto é um fator inibidor comum. Além dos problemas da gravidez, as primeiras semanas depois do nascimento apresentam barreiras adicionais ao relacionamento sexual, com interrupções do sono, desconforto da episiotomia, fadiga etc.

Tempo

Durante a gravidez os casais observam uma alteração no modo com que o tempo é gasto, à medida que surgem novas atividades. As visitas de supervisão da saúde pré-natal exigem geralmente várias horas quando consideramos o tempo gasto na viagem e na espera. O casal pode freqüentar aulas de parto, despendendo tempo fazendo compras para o bebê e preparando o berçário. Além disso, à medida que a gravidez evolui, a mulher pode achar que precisa repousar com mais freqüência e não pode trabalhar confortavelmente no ritmo costumeiro. Depois do nascimento da criança, ocorrem ainda alterações mais radicais no uso do tempo.

Finanças

É dispendioso ter um filho – mesmo durante a gravidez. Além do custo dos cuidados pré-natais e da hospitalização para o parto, existem despesas para o transporte para a clínica ou o consultório do médico, babás para outros filhos, vestuário da maternidade, vitaminas e ferro pré-natal etc. Além disso, muitas mulheres encontram-se trabalhando e a perda de seus rendimentos durante parte ou toda a gravidez e o puerpério pode representar uma verdadeira privação econômica. Apesar desses custos parecerem auto-evidentes, poucos casais tomam-nos em consideração e, assim, não os incluem em seu orçamento.

Mudança como Crise

As famílias respondem às mudanças de um modo altamente individual. Algumas parecem não se atrapalhar com nada, sem desvio apreciável no equilíbrio, enquanto que outras famílias podem-se desintegrar completamente em fatos que objetivamente parecem ser circunstâncias muito semelhantes. De acordo com a teoria da crise familiar, um *fenômeno estressante* objetivamente definido pode ou não levar a uma *crise* para o sistema da família, dependendo de algumas características familiares. Essas características incluem:

1. *Vulnerabilidade ao Estresse.* As famílias nas quais existe uma maior flexibilidade nas atribuições parecem mais imunes ao estresse e às alterações, visto que elas podem desviar mais facilmente as funções para se acomodar às mudanças. A vulnerabilidade também é afetada pelo número de estressantes. O estresse é aditivo. Uma família pode enfrentar muito bem uma gravidez. Entretanto, quando a gravidez ocorre enquanto o pai está desempregado, um avô está gravemente enfermo e outro filho apresenta problemas escolares, ela pode representar a gota d'água em um copo cheio.
2. *A Definição que a Família Faz do Acontecimento.* Isso é uma outra maneira de dizer “que ponto de vista ou idéia a família tem do

acontecimento”. Se a família põe um valor elevado nos filhos, ela definirá até uma gravidez não planejada diferentemente de outra família que tem menos consideração pelos filhos. A mulher casada de vinte e oito anos com uma segurança econômica razoável encarará provavelmente a gravidez de forma diferente de uma mulher de quarenta anos que teve uma falha anticoncepcional ou a mocinha de quatorze anos que não sabia da possibilidade de engravidar na primeira vez que teve relações sexuais. As alterações (acontecimentos) previstas são geralmente encaradas mais favoravelmente e toleradas mais prontamente do que os acontecimentos imprevistos. As que parecem exigir modificações relativamente pequenas no sistema da família são, em geral, consideradas mais favoravelmente do que as que podem ocasionar grandes convulsões. Em resumo, um acontecimento tem menos probabilidade de produzir crise familiar quando a família o considera compatível com os valores familiares, quando ele exige pequenas alterações imediatas e quando foi previsto.

3. *Recursos Familiares para o Tratamento.* Até acontecimentos que a família define como catastróficos podem ser tratados facilmente uma vez que existam recursos adequados.
 - a. *Características interpessoais.* Os indivíduos maduros, imaginativos e que possuem boas habilidades para resolver problemas são mais capazes de adaptar-se ao estresse e às mudanças. Além disso, quando os membros da família têm, em geral, amor-próprio e acreditam que estão no controle de suas vidas, apresentam menos probabilidade para encarar uma situação como problemática.
 - b. *Condutas compensadoras.* A compensação é um processo para manter o sistema familiar em um equilíbrio que facilita a unidade e a organização e estimula o crescimento e desenvolvimento individuais. Ela pode reduzir a vulnerabilidade ao estresse, reforçar os recursos e alterar as circunstâncias sociais. As condutas compensadoras envolvem simultaneamente a manutenção da comunicação e a organização intrafamiliar, promovendo a

independência e o respeito próprio de cada membro, mantendo a coesão familiar, mantendo e desenvolvendo o apoio social e tentando controlar o impacto do acontecimento estressante sobre o sistema familiar.

- c. *Apoio social*. Um grande recurso da família é a ajuda que pode obter como membro de uma comunidade de atenção e apoio mútuo e até que ponto ela possui um conjunto de pessoas e serviços que podem prestar auxílio. O apoio pode tomar a forma de amparo emocional ou moral, assistência com tarefas como cuidar das crianças ou ir ao consultório do médico, ou uma ajuda material como empréstimo de dinheiro ou roupa ou equipamento para a criança.

3.4.1. A gravidez para a mãe

A gravidez é um fenômeno de desenvolvimento. Isso é autoevidente sob o ponto de vista do feto. Todo o período gestacional está exclusivamente projetado para o período mais importante e concentrado de crescimento e desenvolvimento da vida humana. Entretanto, para a gestante este é também um período de desenvolvimento e maturação. Já vimos que fisiologicamente as alterações são enormes. Virtualmente, todos os órgãos e sistemas sofrem um crescimento e desenvolvimento substancial, bem como modificações funcionais. Além disso, ele é um período de reformulação da identidade e reordenação das relações interpessoais. À medida que ocorrem alterações na silhueta e no aspecto, a gestante pergunta-se “Quem sou eu?”.

Embora a gravidez seja um fenômeno biologicamente normal, ela é um acontecimento excepcional na vida de uma mulher e de sua família e, como tal, exige um desvio na organização de valores e funções. Isto levou diversos autores a descreverem a gravidez, dentro da estrutura da teoria da crise, como uma crise maturacional ou de desenvolvimento. Essa crise age como um impulso para um período prolongado de adaptação e reorganização, necessitando com frequência do desenvolvimento de novos mecanismos de compensação, aquisição de novos conhecimentos e habilidades e modificação das relações interpessoais.

O modo pelo qual cada mulher age durante a crise da gravidez é determinado em grande parte por seu próprio estilo, bem como pela cultura na qual vive. Existe, entretanto, uma convicção crescente na teoria de que sua “ação” pode ser descrita por certas tarefas relativas ao desenvolvimento, comuns em várias culturas. Existem várias tarefas ou objetivos a serem alcançados pela mulher durante os nove meses de sua gravidez. Essas tarefas são resumidas da seguinte forma:

1. Aceitação da gravidez como uma simbiose com o feto e, em seguida, aceitação da criança como um indivíduo distinto dela própria em preparação para a separação física do parto.
2. Garantia de aceitação da criança que está gerando.
3. Procura de uma evolução segura para si e seu filho durante a gravidez, trabalho de parto e parto.
4. Aceitação do papel de mãe.

Primeiro Trimestre

Se precisarmos escolher uma única palavra para caracterizar o primeiro trimestre da gravidez, ela será ambivalência. Independente do planejamento e do desejo da gravidez, o conhecimento do fato de que na verdade ocorreu a concepção faz com que a futura mãe duvide da sabedoria de sua escolha. Uma outra ocasião – qualquer outra ocasião – poderia ser melhor. Ela percebe uma certa perda de controle sobre seu corpo e, na verdade, sobre todo o seu destino. Se a opção de aborto foi afastada, a mulher encontra-se empenhada numa trajetória da qual não existe evasão, exceto através do trabalho de parto e nascimento. Depois disso ela torna-se mãe para sempre. Acrescente-se a isso sua sensação de ambivalência física. Seus sintomas são principalmente mais o da ausência da menstruação do que a presença ou acréscimo de qualquer coisa. Ela sente-se cansada, pode estar com náuseas. Ela não está doente, mas não se sente bem.

Durante esse primeiro trimestre a mulher procura tanto a confirmação de sua gravidez como da confirmação de que pode ter um filho. Ela deseja – e precisa – de uma

opinião especializada sobre o que ela acredita que seja verdade, i. e., de que ela está sadia e de que a gravidez é “boa”. Essa é a finalidade da primeira visita pré-parto ao médico.

Além de aceitar-se como gestante, a mulher precisa garantir a aceitação de sua gravidez pelos que lhe são caros. Essa parece ser a tarefa mais decisiva, visto que sua realização satisfatória assegura o apoio necessário para a mulher ao tornar-se mãe. Isso parece fornecer-lhe energias para as outras tarefas, embora difira dessas outras tarefas por estar ligada à interação social enquanto que a maioria das tarefas restantes é de natureza íntima.

Decorridos aproximadamente dezesseis semanas de gestação, a maioria das mulheres já resolveu a ambivalência de rejeição/aceitação e incorporou a idéia de estar grávida. Essa aceitação psicológica da gravidez é análoga à implantação física. Se o blastocisto não se fixa firmemente à parede uterina, o desenvolvimento interrompe-se e o feto é abortado. Da mesma forma, se a gravidez não é psicologicamente aceita, o desenvolvimento do vínculo com a criança se imobiliza e o relacionamento mãe-filho pode ser abortado.

Segundo Trimestre

Ao começar o segundo trimestre, as alterações físicas ocorridas apressam a resolução da ambivalência. A mulher tem uma energia crescente, suas náuseas passaram, ela começa a adquirir um aspecto de gestante. Ela sente-se bem e tem uma sensação de bem-estar. A seguir ocorrem os movimentos fetais. Esse acontecimento torna a mulher agudamente consciente de uma presença em seu interior. Ela diz que sentiu a vida. No início ela considera a criança como parte de si mesma. Gradativamente, durante o restante da gestação, a criança torna-se uma realidade que está em seu interior, mas que não é ela. Ela deve alcançar essa atitude a fim de criar a idéia de nascimento, de separação física. Essa mudança de atitude é obtida em interação com o feto e uma rica vida imaginária. Ela empurra sua barriga para fazer com que a criança a empurre de volta. Ela coloca a mão de seu marido sobre o abdome de modo que ele também possa perceber os movimentos. Ela descreve o filho como se estivesse

dormindo ou ativo. Atribui uma intenção ao filho. “Ele se movimenta quando vou me deitar para manter-me acordada.” Ela sonha e fantasia como ele será: Rapaz ou mocinha, olhos azuis ou castanhos, cabelos encrespados ou calvo e, acima de tudo, normal ou anormal.

À medida que mais considera seu filho como uma realidade independente de si própria, a gestante começa a considerar seu papel como mãe. Ela deve escolher para si própria o que significa ser mãe e o que representa o equilíbrio custo/benefício. Isso está intimamente relacionado com a idéia de auto-identificação – Quem sou eu? A gestante é ajudada em sua capacidade para reelaborar velhos problemas e surgir com melhores soluções e uma identidade mais clara pelo desvio característico no equilíbrio da personalidade que ocorre como um fenômeno da gravidez. Isso torna-se mais evidente para o observador na franqueza e na loquacidade extraordinárias da mulher grávida. Assim, parece que a gravidez oferece às mulheres uma oportunidade de amadurecimento única e valiosa.

A percepção do que a maternidade realmente significa e realiza-se principalmente através do relacionamento da mulher com sua própria mãe. Não é incomum verificar-se um aumento na frequência das visitas, cartas e telefonemas entre a mãe e sua filha grávida. No caso das mulheres que não tinham uma relação íntima com suas mães, existe uma tentativa de reconciliação.

Devido ao trabalho intenso de aceitação da criança e adaptação às suas próprias mudanças, a gestante tem uma introversão e uma passividade características. Essa mudança começa com o segundo trimestre e aumenta gradativamente até aproximadamente o sétimo ou oitavo mês (trinta a trinta e cinco semanas). Sua realidade mais importante está em seu interior. Todas as suas relações e interesses tornam-se reordenados. Apenas as relações e os interesses que lhe são essenciais nessa situação de grávida são compatíveis com seu mundo interior.

A mulher, bem como sua família, fica com frequência confusa com essa mudança de seu gênio, anteriormente sociável. Agora ela está frequentemente preocupada e deseja mais receber do que dar. Fica cada vez mais dependente e procura mais amor e atenção. Os pais sentem-se excluídos de um mundo no qual não podem compartilhar completamente nem mesmo entender. Da mesma forma que com todos os

trabalhos criativos, toda a energia se dirige para dentro à medida que a mulher luta para criar uma criança e ser mãe.

As gestantes são notórias por sua labilidade emocional. Em parte devido à preocupação, em parte devido às alterações hormonais e em parte devido ao impacto da gravidez, a mulher torna-se cada vez mais sensível e irritável. Ela tem a mesma probabilidade de rir estrondosamente de algo que nenhum outro considera engraçado e de se derramar em lágrimas sem uma causa conhecida.

Durante o segundo trimestre a mulher grávida apresenta interesse em aprender coisas a respeito de si própria e de seu filho. Essa é a ocasião em que a maioria das mulheres procura as aulas pré-natais, lê livros e conversa com outras gestantes. Ela está definitivamente grávida, mas não suficientemente próxima do trabalho de parto para que este represente uma ameaça iminente, de modo que isso representa um período “seguro” para obter todas as informações que deseja. Quando o trabalho de parto se tornar iminente, ela estará armada com conhecimentos e habilidades para dominá-lo com segurança.

Terceiro Trimestre

Durante as últimas semanas de gravidez a futura mãe se apressa para completar todas as suas tarefas. Fisicamente ela se encontra volumosa e desajeitada; cansa-se mais facilmente, tem dificuldade de se adaptar à sua nova silhueta e sente-se pouco confortável. Ela começa a cansar-se da gravidez, mas ainda está hesitante a respeito do parto. As tremulações de seu filho no seu interior transformaram-se em enérgicos pontapés. Ela tem uma sensação crescente de vulnerabilidade, exibida pela preocupação com as fechaduras na porta, alertando os outros para dirigirem cuidadosamente e evitando corridas e colisões de crianças. Os desconfortos físicos e a carga crescente da gravidez servem para incutir uma prontidão psicológica para o trabalho de parto e o parto, apesar das ameaças.

Como prova de que aceitou a criança como um ser independente, ela toma as decisões a respeito de seus cuidados, como irá alimentá-la e qual será seu nome. A

aceitação da criança por outros membros da família assume uma importância decisiva. Deve haver um lugar para ela quando chegar – um ninho físico na casa e, o que é mais importante, um ninho emocional no coração de sua família. A rejeição da criança nesse momento é uma rejeição da própria mulher. Ela precisa de aprovação a respeito do produto que está preparando. Para isso ela gasta muito tempo com seus filhos descrevendo como será mais uma criança na família. Exige participação de seu marido na escolha do nome, na mobília do berçário e preparação e participação no trabalho de parto e no próprio parto.

Da mesma forma que a mulher deseja que seu marido queira a criança, ele deseja a mulher de volta, pois sente que a perdeu para a criança. Se eles se amam o suficiente e estão abertos para compartilhar e comunicar seus sentimentos, ambos terão satisfeitos seus desejos e a criança terá um lar mais rico.

Por fim chega o término da gravidez. A mulher evoluiu durante quarenta semanas de crescimento até a maternidade. Por meio de um complicado entrelaçamento de alterações físicas e trabalho psicológico, ela aceitou primeiramente o estado de grávida e em seguida o fato de uma criança. Ela procurou auxílio para garantir sua própria saúde e a integridade de seu filho, tendo preparado a si própria e a seus queridos para aceitarem um novo membro na família. Finalmente, ela completou o círculo e volta a ambivalência do primeiro trimestre. Ela odeia a gravidez, deseja a criança, mas teme o nascimento. Sua conduta no trabalho de parto poderá parecer como uma condensação das emoções e condutas de toda a gravidez. É como se fizesse um intenso resumo de todo o processo de evolução da criança, de tal modo que ela está pronta para começar a próxima etapa da maternidade. Caso ela tenha agido bem, particularmente quando estabeleceu um seguro sistema de apoio para si e seu filho, mais provavelmente continuará a ter êxito como mulher e como mãe.

3.4.2. A gravidez para o pai

O comprometimento biológico do pai com a gravidez termina com a concepção. Seu comprometimento social e psicológico depende em grande parte de seu relacionamento com a mãe. Na situação extrema em que o pai não tem conhecimento da

ocorrência da concepção e nunca mais vê a mãe, é altamente improvável que apresente qualquer das alterações adiante descritas. Assim, a experiência do homem com a gravidez é intrinsecamente diferente daquela da mulher; contudo, existem muitas semelhanças quando o casal compartilha a gravidez e planeja em conjunto a paternidade.

Preparação do Pai para o Trabalho de Parto e o Nascimento

A maioria das classes pré-natais concentra-se na experiência da mulher no trabalho de parto e nascimento e no papel do pai em ajudá-la. Também é importante ajudar o pai a tomar conhecimento da impressão que poderá ter. Ele deve ter uma idéia de como poderá responder ao ver alguém que ama sofrendo dores e como reagirá às diversas observações, sons e odores do hospital e da sala de parto. Ele deve conhecer anteriormente o comportamento materno típico durante o trabalho de parto, o tempo necessário para as diversas atividades e fase de trabalho de parto e a cor e o aspecto da criança ao nascer. Essa orientação ajudá-lo-á a enfrentar com maior eficácia quando ocorrer o fato real.

3.4.3. A gravidez para os irmãos

A chegada de outra criança significa que a mais velha terá que compartilhar o tempo e o espaço dos pais e que haverá modificações em sua posição na família. A criança ganhará a relação com um irmão e uma nova situação e posição na família como irmão ou irmã mais velha. Os pais podem ajudar a tornar essa transição positiva para a criança fazendo com que a chegada de um novo filho se torne uma tarefa familiar na qual cada um pode participar em seu nível.

Depende até certo ponto da idade da criança, bem como das preferências paternas, o momento para falar a respeito da chegada do bebê. As crianças muito pequenas, que não têm uma boa noção de tempo, podem ficar impacientes quando se dá a notícia muito cedo, enquanto que as crianças mais velhas podem adivinhar por conversações ao acaso ou pelo aspecto materno quando a informação é tardia. Uma

orientação útil é falar com a criança quando o corpo da mãe começa a sofrer alterações que tornam os sinais precoces da gravidez perceptíveis.

A gravidez oferece uma oportunidade natural para discutir a sexualidade e a reprodução com os filhos. Eles estão mais freqüentemente interessados em saber como a criança se encontra dentro da mãe, como ela sairá e se o nascimento vai machucar a mãe. Deve-se ter cuidado para responder às perguntas das crianças, mas não se deve explicar exageradamente nem fornecer mais informações do que elas possam compreender. Ao explicar como a criança “sairá”, é aconselhável descrever o parto vaginal e cesariano para o caso de ser necessária uma operação. Isso é particularmente importante quando a mãe prevê uma cesariana.

As crianças devem ser incluídas na preparação para o bebê até o ponto em que elas sejam capazes e estejam interessadas. Algumas sugestões:

1. Acompanhar a mãe à visita pré-natal; ouvir os batimentos cardíacos fetais.
2. Falar com os avós a respeito da evolução da gravidez.
3. Fazer os exercícios de respiração e relaxamento junto com a mãe.
4. Fazer compras para o bebê.
5. Ajudar a criar um espaço para o bebê, guardar as suas roupas, pintar um quadro para a parede do bebê etc.
6. Sentir o movimento fetal.
7. Praticar os cuidados do bebê com bonecas.

Para as crianças que estão começando a andar ou as pré-escolares, deve-se começar o preparo bem antes do nascimento, a fim de que não haja muitos ajustes a serem feitos de uma só vez. Por exemplo, a mudança do leito para uma cama maior pode ocorrer vários meses antes da chegada do bebê, de modo que não dê a impressão de que o irmãozinho o esteja deslocando.

As crianças gostam de ouvir a respeito de seu próprio nascimento e período de bebê, bem como de olhar seus retratos nessa fase. Isso acentua sua importância na família e ajuda-as a apreciar as vantagens de serem “grandes”.

Para as crianças pequenas a separação da mãe durante sua hospitalização pode ser muito difícil. Devem-se fazer planos muito cedo, de modo que a criança saiba

exatamente onde e quem cuidará dela. Curtos períodos experimentais afastadas da mãe durante a gravidez podem ser úteis no preparo de algumas crianças. As crianças maiores pré-escolares ou escolarizadas beneficiar-se-ão com um passeio no hospital para ver onde a mãe ficará ou com retratos de hospitais, para mostrar pessoas comendo em bandejas etc. É geralmente possível arranjar para que as crianças visitem suas mães e os irmãos durante sua estada hospitalar.

Os pais que planejam ter seus filhos presentes durante o trabalho de parto e o nascimento precisarão fazer um preparo especializado. Geralmente é aconselhável designar um parente ou amigo da família como pessoa de apoio para a criança, de modo que ela tenha alguém para ajudá-la, responder às perguntas etc., quando a mãe se torna preocupada com o trabalho de parto e o pai está demasiado ocupado ajudando a mãe. Os hospitais e centros obstétricos que permitem a assistência de crianças ao parto geralmente têm instruções para ajudar os pais em seu preparo.

Finalmente, é bom falar com as crianças a respeito dos novos irmãos e o que eles precisam para seu cuidado.

Independente da maneira pela qual a criança é preparada, os pais podem esperar que ocorra alguma modificação em seus hábitos. Algumas crianças regridem temporariamente para um comportamento menos maduro, tornam-se mais exigentes ou dependentes ou portam-se geralmente mal. Os pais precisam de apoio para reconhecer esse fato como normal e temporário e para orientar pacientemente seus filhos para o anterior comportamento de “crescido”.

3.4.4. A gravidez para os avós

O fato de tornar-se avô faz com que as pessoas percebam a passagem do tempo, visto que são agora a “velha geração”. Ao mesmo tempo, proporciona a muitos uma sensação de realização, pois vêem seus próprios filhos crescendo e assumindo papel de adultos. Existe também um sentimento de continuidade à medida que sua família passa para uma outra geração.

As mulheres cujas filhas estão grávidas tendem a reviver suas próprias gestações. Elas podem-se lembrar, juntamente com seus maridos, das alegrias, dúvidas,

lutas e vitórias do início de sua vida conjugal quando eles estavam começando suas famílias. As preocupações que as mulheres têm por suas filhas dependem de valores individuais e familiares bem como das próprias experiências de gravidez e parto. Elas podem apresentar-se excitadas e protetoras ou muito negativas. Uma mulher cuja filha lutou com êxito com um problema de peso durante toda a adolescência e início da maturidade ficou muito perturbada ao ver a delicada silhueta da filha, conseguida com dificuldade, “inchar” na gravidez. Uma outra lembrou suas duas gestações de modo tão desconsolado que esteve hesitante de falar com sua filha com medo de atemorizá-la.

Muitas mulheres que se tornam avós pela primeira vez trabalham em tempo integral fora de casa. Elas podem recear a respeito de satisfazer seu papel de avó porque pensam nos modelos apresentados por sua própria mãe e avó.

Os avós desejam oferecer ajuda e aconselhamento a seus filhos e eles podem ser os mais bem qualificados para fazê-lo devido a seus anos de vida e experiência paterna. Entretanto, sua ajuda pode nem sempre ser bem recebida pelas famílias jovens que têm valores e idéias próprias. Dependendo da diferença de idade entre pais e filhos, pode haver um grande hiato de geração durante o qual surgiram novas informações, nova tecnologia e novas tendências quanto ao nascimento e à criação dos filhos.

Embora raramente a enfermeira possa ter a oportunidade de falar com os pais de suas clientes grávidas, freqüentemente ela pode ajudar de forma indireta. A mulher grávida pode ser estimulada a descrever seu próprio nascimento e a falar a respeito do que seria útil para ela fazer para a nova família.

As crianças beneficiam-se com a geração mais idosa da mesma forma que o inverso. O pais novos precisam do apoio emocional e às vezes material que é obtido de suas famílias ampliadas. Assim, é bom cultivar os laços entre as gerações.

3.5. ASPECTOS FISIOLÓGICOS DO PUERPÉRIO

Para Rezende (1995) o puerpério, também chamado de sobreparto ou pós-parto, é um período cronologicamente variável, de âmbito impreciso, durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna após o parto. Há importantes modificações evolutivas e de recuperação da genitália

materna, que perduram, até o retorno do organismo às condições vigentes antes da prenhez. A extensão e importância desses processos são proporcionais às transformações gestativas experimentadas e diretamente subordinadas à duração da gravidez.

A fisiologia da lactação e suas influências na mudança dos componentes dos hormônios gonadotróficos influem diretamente na função ovariana. Sabe-se que a sucção do mamilo, durante o aleitamento, à conta de seu reflexo neuroendócrino, auxilia no processo involutivo do útero.

Completa-se a involução puerperal no prazo de seis semanas, embora seja aceitável dividir o período que se sucede ao parto em:

- 1 – Pós-parto imediato (do primeiro ao décimo dia)
- 2 – Pós-parto tardio (do décimo ao quadragésimo quinto dia)
- 3 – Pós-parto remoto (além do quadragésimo quinto dia)

a) A Involução Uterina

Puerpério Imediato: neste período predomina a crise genital; prevalecem os fenômenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas ou hiperplasiadas pela prenhez, ocorrendo também alterações endócrinas, quase todas pertinentes à regressão das modificações gestacionais do organismo.

O útero: está o abdômen colabado; o fundo uterino que se encontrava à altura do escava do epigástrico, situa-se pouco acima da cicatriz umbilical, firmemente contraído. A hemóstase da ferida placentária é assegurada pela retração e contração do miométrio, todavia o elemento primordial da hemóstase é o útero de consistência firme, o chamado globo de segurança, que permite as ligaduras vivas de Pinard, fenômeno inaugurado com a saída da placenta. Nas primeiras doze horas do sobreparto, o fundo uterino, coloca-se à 12 cm de distância da reborda púbica, estando vazia a bexiga, podendo ser deslocado para cima e para baixo, em consequência do relaxamento de seus elementos de sustentação e de fixação.

A partir do quarto ou quinto dia a zona palpada como fundo uterino, encontra-se em antero-versão, até o décimo dia a matriz é órgão abdominal, depois retorna a pelva.

A reconstrução da cervix é relativamente rápida; com doze horas de puerpério readquiriu seu feitio normal, embora amplamente aberto o orifício externo, em fenda transversal, que vai atestar a paridade da mulher.

Na lactente, a involução uterina é mais rápida, pelo exacerbarem-se retração e contratilidade uterinas, a cada amamentação, chamando-se reflexo uteromamário.

O processamento da involução uterina e das demais soluções de continuidade sofridas pela genitália nos partos vincula-se à produção e a eliminação de considerável quantidade de exsudatos e transudatos, os quais, de mistura com elementos celulares descamados e sangue, são conhecidos pela designação de líquidos.

Nos primeiros três ou quatro dias, os lóquios são sangüíneos, de coloração acastanhada.

A vagina: as transformações regressivas de maior evidência se desenrolam no epitélio escamoso de revestimento, que fica com tecido atrófico. É a crise vaginal de pós-parto. Nessa fase o comportamento é idêntico na nutriz e na puérpera que não amamenta.

Pós-Parto Tardio: período de transição, é o circuito biológico em que todas as funções começam a ser influenciadas pela lactação.

O útero: regride muito lentamente até seis semanas, nunca mais retornando as proporções encontradas nas nulíparas. A cavidade uterina acha-se inteiramente epitelizada ao cabo de 25º do pós-parto. Os líquidos passam de sero-sangüíneo a seroso (lóquia flava). O comportamento do endométrio difere com a presença da lactação. Nas mulheres que não aleitam, apesar de regressão miometrial mais lenta, tende o endométrio a proliferar nos moldes conhecidos, alcançando no término do pós-parto tardio, uma oscilação. Nas nutrizes, tudo se passa como se os estímulos reguladores endócrinos se encontrassem em recesso ocasional.

A vagina: até cerca do 25º dia de pós-parto, é difícil a distinção entre os casos com lactação ou sem ela, no envolver da recuperação vaginal. Nas mulheres que não amamentam, a citologia mostra aceleração do processo vaginal evolutivo, se comparado em relação às nutrízes.

Pós-Parto Remoto: é um período de duração imprecisa, varia com a presença ou não de lactação. Nas mulheres que não amamentam a menstruação retorna, em média com 1,5 mês, precedida de ovulação. Nas lactentes os prazos da duração do aleitamento.

b) Involução dos Sistemas Extragenitais

O Sistema Endócrino: após o parto, verifica-se o desaparecimento rápido dos teores de HCG e de HPL, enquanto as gonadotrofinas hipofisárias ascendem no plasma e passam a excretar-se pela urina em níveis muito elevados, superiores as taxas normais para mulheres não-grávidas.

Os estrogênios mostram queda súbita, ligada implicitamente ao desaparecimento da atividade da placenta que todavia mantém os estrogênios nos limites fisiológicos, e apesar de não exibirem os números mais representativos dos ciclos ovulatórios, sugerem atividade ovariana.

A fisiologia da lactação e suas influências na mudança dos componentes dos hormônios gonadotróficos influem diversamente na função ovariana. Sabe-se que a sucção do mamilo, durante o aleitamento, através do reflexo neuroendócrino, produz a inibição das gonadotrofinas.

Sistema Cardiovascular: o rendimento cardíaco que está elevado na primeira hora do pós-parto (10%), permanece assim até o fim da primeira semana. A pressão venosa dos membros inferiores, elevada durante a gravidez, acaso presentes, emurhecem, e os edemas desaparecem.

Sistema Sangüíneo: série vermelha permanece sem alterações após o parto. Na série branca observa-se acentuada leucocitose, cerca de 25 mil glóbulos, principalmente

neutrófilos. Em condições normais a hiperleucocitose, retorna ao normal nas próximas 48 horas e em cinco a seis dias retorna as taxas habituais. A eritrossedimentação, sofre incremento no puerpério regularizando-se entre a quinta e a sétima semana. A concentração de hemoglobina retorna ao normal em seis semanas do parto.

Sistema Urinário: a conta do acentuado relaxamento do diafragma urogenital, a parede anterior da vagina tende a colabar entre os grandes lábios, sobretudo nas múltiparas, esboçando cistocele. A diurese é inicialmente escassa, em razão da desidratação do parto. Do segundo ao sexto dia estabeleceu-se abundantemente, excreção urinária, eliminando a água acumulada na gestação. É freqüente a super-distensão e o esvaziamento incompleto, com a presença de urina residual, pois está com sua capacidade aumentada e a sensibilidade a pressão reduzidas. A presença de urina residual expõe a mãe a um alto risco de infecção do trato urinário. Muitas puérperas referem aumento do volume urinário, com diminuição da freqüência urinária no final da gravidez.

Sistema Digestivo: com o esvaziamento uterino, as vísceras retornam ao normal, há redução da motilidade intestinal. A constipação da puérpera, ocorre com mais freqüência em paciente que se mantinha no leito de uma a duas semanas, é hoje excepcional com o levantar precoce e observada unicamente nas que tem obstipação crônica. O funcionamento é fisiológico do intestino restaurado no terceiro ou quarto dia.

Pele: as estriações do abdômen perdem a cor vermelho arroseada e ficam pálida, transformando-se em algumas semanas, nas estrias branco-nacaradas. Regridem as modificações do tipo de implantação dos pêlos pubianos, as hiperpigmentações da pele do rosto, do abdômen e das mamas. Algumas ficam inapagáveis caracterizando o cloasma gravídico.

Peso: nos primeiros dez dias a puérpera perde uma maior quantidade de peso, devido a expulsão ovular, da maior diurese, da secreção láctea e da eliminação loquial.

Vida Sexual: o reinício da atividade sexual após o nascimento de um filho é extremamente variável e depende da sexualidade de cada indivíduo e de cada casal. O casal está liberado para a relação sexual com penetração quando a cicatrização já estiver completa, porém no puerpério imediato, como de resto nas últimas semanas de gravidez a libido encontra-se adormecida. A resposta sexual, seis a oito semanas após o parto, ainda não é satisfatória; com a presença de congestão vascular lenta, em seguida ao estímulo, subordinada a turgência da vulva e a lubrificação excessiva da vaginal, com distensão concomitante desse órgão, desaparecidas as suas rugosidades, constrição muscular reduzida.

3.6. ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO PUERPÉRIO

Para Ziegel e Cranley (1985) o puerpério é um dos momentos mais críticos da vida de uma mulher, ou seja, é nesta ocasião que ela encontra com um dos motivos biológicos da existência: a reprodução. É no puerpério imediato que a mãe toma conhecimento do filho, e que se fundem os maiores laços afetivos que podem unir dois seres vivos. A gestação, tão longamente elaborada e fantasiada, é interrompida pelo parto. As mudanças súbitas do corpo, como “a perda da barriga”, podem ser vivenciadas como mutilação. Algumas mulheres sentem-se frustradas com a necessidade de cesariana, permanecem com dúvidas acerca de sua capacidade de ser mulher, muitas delas lastimando a realização da cirurgia.

O trabalho de parto demorado, exaustivo e doloroso, com complicações inesperadas tanto para a mãe como para o bebê, pode conduzir a situações de transtorno emocional. Para uma grande parte das mães, a internação em maternidade constitui a primeira vez que entram em contato com um hospital, estabelecimento que desperta fantasias desagradáveis para um grande contingente de pessoas. Em relação às jovens mães adolescentes, a internação em maternidade é a primeira oportunidade de suas vidas em que ficam afastadas de seus familiares, sendo esta uma realidade que precisa ser levada em conta por todos os profissionais de saúde.

Além dos problemas situacionais fisiológicos e anatômicos já referidos, a mulher tem agora outra grande dúvida: “Terei condições de criar e amamentar

satisfatoriamente?” O encontro com o filho pode ser motivo de muita alegria como também ser motivo de frustração e apreensividade, principalmente nos nascimentos prematuros ou com alguma anomalia. O relacionamento com os familiares e em especial com o marido pode ocorrer de maneira imprevisível. Toda a equipe que presta atenção à gestante e à puérpera deve ter em mente a extrema variabilidade emocional das pacientes.

O puerpério é conhecido tradicionalmente como um momento de crise, e é nestes momentos que podem aflorar desequilíbrios emocionais insuspeitados.

A depressão pós-parto tende a ser mais intensa quando há uma quebra muito grande da expectativa em relação ao bebê, a si própria como mãe, ao tipo de vida que se estabelece com a presença do filho. Com o desaparecimento da imagem idílica (suave), vem muitas vezes o desapontamento, desânimo, a sensação do “não era isso que eu esperava” e a impressão de ser incapaz de enfrentar nova situação.

Essa é uma fase dinâmica de desafio para a mãe e para a família. Mudanças fisiológicas marcantes ocorrem muito rapidamente no corpo da mulher. Os pais familiarizam-se com o novo bebê e aprendem novas táticas e atitudes necessárias ao cuidado da criança. Após as impressionantes experiências da gravidez e do parto, os pais reencontram-se. O relacionamento com os outros filhos e com o restante da família tem que ser revisto e reajustado. A rotina do dia-a-dia tem que ser alterada em decorrência do ciclo de sono e do despertar do recém-nascido. Pode ser um tempo feliz, divertido e de intimidade na família. Pode ser também um tempo de perda de sono, frustração e irritabilidade, além de uma sensação de afastamento das atividades anteriores, dos interesses e dos amigos.

Quando a mãe assume a responsabilidade de cuidar-se e de cuidar do filho, necessitará de orientação e aprendizagem, além de aprovação do trabalho correto que vier a fazer. Ainda necessitará de repouso, porém, devido à sua ansiedade em fazer tudo por si mesma, poderá exceder-se. Precisarás ser ajudada a planejar períodos de repouso e a determinar os seus próprios limites.

Essa fase é quase sempre um período de alterações do humor. Quando a mulher começa a assumir mais e mais suas responsabilidades, ela ocasionalmente sente-se oprimida, sobrevivendo uma fase de depressão. Soma-se a isso um período natural de

abandono após a expectativa da gravidez, a excitação do trabalho de parto e do parto propriamente dito. As alterações súbitas do balanço hormonal, a fadiga, o desconforto físico e a inexperiência ao cuidar do bebê poderão aumentar a depressão. É sempre oportuno fazer a mãe saber que virtualmente todas as mães têm alguma depressão após o parto. É comumente chamada fase de depressão puerperal. Falar sobre o seu sentimento em relação ao marido com outra mulher é muito proveitoso. Receber a aprovação por sua atenção ajuda muito à mãe. A fase de depressão será moderada e transitória se elogiar a maneira pela qual ela acalenta ou segura o seu bebê para adormecê-lo ou se o marido diz que ela é uma boa mãe.

Muitas vezes, o pai é o membro mais esquecido da família do recém-nascido. Não é como a criança ou a mãe que têm necessidades físicas prementes, que exigem um sistema tradicional de assistência obstétrica.

Muitos homens sentem-se isolados de suas esposas e filhos nos primeiros meses após o parto. Um pai, ao tentar descrever essa sensação, disse sentir-se como um “estepe”. A mãe passa a maior parte do seu tempo com o bebê, e no momento da amamentação a sua relação com o filho parece excluir o pai. Ela fica temporariamente pouco interessada em assuntos e atividades fora da família, tornando-se uma interlocutora desinteressante. A relação sexual é prejudicada, devido à episiotomia recente, à fadiga e à amamentação durante a noite. Deve-se ajudar a mãe a compreender as necessidades de amor e apoio do seu marido, que também quer ficar a sós com ela, sem nenhuma criança.

Outro fator é que todas as crianças, não importa a idade, sentem ciúme e rivalidade quando chega outro irmão na família. Isso é parte do processo de realinhamento que ocorre dentro do sistema familiar, com a finalidade de acomodar um novo membro. As transformações mais marcantes surgem, contudo, no primeiro filho após o nascimento do segundo, ou no caçula da família, quando nasce um filho subsequente.

3.7. PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS)

A história do PSF tem início quando o Ministério da Saúde formula o programa de agentes comunitários de saúde (PACS), em 1991. Nesse momento, então, o ministério institucionalizou as experiências de práticas em saúde com agentes comunitários, que já vinham se desenvolvendo de forma isolada em diversas regiões do país. Pode afirmar então, que o PACS é um antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes que o primeiro introduziu e que se relaciona diretamente com o segundo, é que pela primeira vez há um enfoque na família, e não no indivíduo.

O programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente. O PACS foi formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, através de extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres. Porém, a partir da experiência acumulada pelo estado do Ceará, com o Programa de Agentes Comunitários ali implantado, houve a percepção, pelo próprio Ministério da Saúde, de que os agentes poderiam também ser peça importante para a organização do serviço básico de saúde no município. O PACS foi também um braço auxiliar na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde. Entretanto, não foi apenas o fato de ter definido essa estratégia de implantação que fez do programa um instrumento de (re)organização do SUS, mas também o grau de articulação que esse desenvolveu com os diferentes níveis do sistema (estadual e municipal), além do papel desempenhado pelos atores participantes do processo de implementação do programa (agentes e comunidade). Esse processo se consolidou em março de 1994, quando o mecanismo de financiamento do PACS se inseriu no pagamento por procedimentos operado pelo SUS. Cabe então, assinalar que o êxito do PACS impulsionou a formulação do PSF.

A partir de 1996, o PSF começa a ter uma integração melhor com o PACS, o que aponta então para uma fusão dos dois programas.

O agente comunitário de saúde (PACS), deve residir na própria comunidade em que trabalha, constituindo um elo de ligação entre comunidade e unidade de saúde.

Atende aos moradores em sua casa, dando orientações, sugestões, apoio... e buscando alternativas para enfrentar situações problemáticas junto com a comunidade.

O agente comunitário de saúde não trabalha sozinho, faz parte do sistema de saúde local e atua como uma ponte entre a comunidade e os serviços de saúde disponíveis em seu município.

Qualquer pessoa pode ser um ACS, desde que:

- tenha acima de 18 anos;
- saiba ler e escrever;
- deve residir na comunidade há pelo menos dois anos, e ter um bom entrosamento com a mesma;
- ter disponibilidade de tempo integral.

Para ser admitido, o ACS se submeterá a uma prova escrita e a uma entrevista, sendo então avaliado por sua experiência e por sua participação em ações comunitárias. Os ACS selecionados, recebem pelo menos um salário mínimo, que provém em parte do governo federal, mas também dos governos estaduais e municipais.

O treinamento dos ACS ocorre no próprio município, sendo responsável pela capacitação um enfermeiro que também acompanha a atuação dos agentes, e reorienta as ações de acordo com as necessidades constatadas.

Concluindo, então, a atuação dos ACS é importante para a comunidade, porque com frequência o contato pessoal leva os agentes a identificar problemas que não se restringem à saúde. Por isso, é fundamental a união dos esforços de toda a sociedade e dos vários setores da administração local, por exemplo secretarias da educação, de saneamento, ou segurança ou da agricultura, de acordo com as peculiaridades do município (Ministério da Saúde, 1997).

3.8. PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

O PSF surge como uma estratégia para reorganização da atenção básica em saúde e redefinição e reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O PSF surgiu em 1994, e caracteriza-se como uma estratégia que possibilita uma integração e promove a organização das atividades em um território definido, com

o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. O objetivo do PSF é melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência, voltado para a comunidade, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde. Esta estratégia, que tem ainda como princípio a promoção e a proteção da saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças, ou seja, visa a reversão do modelo assistencial vigente. (DOMINGUEZ, 1998, p.52)

Segundo o Ministério da Saúde (1997), essa estratégia se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando como características de atuação: uma prática de saúde inter e multidisciplinar; responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência das suas unidades de saúde. Portanto, constitui-se como uma estratégia fundamental no nível de atenção primária, que é o pilar mais importante do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os objetivos dessa estratégia são:

- Prestar, na unidade de saúde no domicílio assistência integral, contínua, com resolutividade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- Intervir sobre os fatores de risco, aos quais a população está exposta;
- Eleger a família e o seu espaço social, como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- Humanizar as práticas de saúde, através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias, através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;
- Estimular a organização da comunidade, para o efetivo exercício do controle social.

Segundo o Ministério da Saúde (apud Esmeraldino, 1999, p.18), a compreensão do PSF só é possível em contraposição ao modelo vigente, o qual busca transformar e superar, através da mudança do objeto de atenção, a forma de atuação e

organização geral dos serviços. O quadro a seguir faz uma comparação entre os dois modelos:

MODELO VIGENTE	PSF
- centra a atenção na doença;	- centra a atenção na saúde;
- atua exclusivamente sobre a demanda espontânea;	- responde à demanda espontânea de forma contínua e racionalizada;
- ênfase na medicina curativa;	- ênfase na integralidade da assistência;
- trata do indivíduo como objeto de ação;	- trata o indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade;
- baixa capacidade de resolver os problemas de saúde;	- otimização da capacidade de resolver os problemas de saúde;
- saber e poder centrado no médico;	- saber e poder centrado na equipe;
- geralmente limitada à ação setorial;	- promover a ação intersetorial;
- desvinculação dos profissionais e serviços com a comunidade;	- vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade;
- relação custo-benefício desvantajosa.	- relação custo-benefício otimizada.

(Ministério da Saúde, 1996)

Para o Ministério da Saúde (1997), a proposta do PSF é uma estratégia que visa a reorientação do atual modelo assistencial, a partir da atenção básica de saúde.

A unidade de saúde da família nada mais é, que uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional-interdisciplinar habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção. Representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, que deve assegurar a referência e a contra-referência para os diferentes níveis do sistema, do mais simples ao maior nível de complexidade.

As unidades de saúde da família correspondem aos estabelecimentos denominados, pelo Ministério da Saúde, de centros de saúde. Já os estabelecimentos

denominados postos de saúde, poderão estar sob responsabilidade e acompanhamento de uma unidade de saúde da família.

A unidade de saúde da família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade, e pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Recomenda-se que, no âmbito de abrangência da unidade básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1000 famílias, com o limite máximo de 4500 pessoas.

Para conhecer a realidade econômica/social na área de abrangência, as equipes de saúde deverão realizar o cadastramento das famílias, através de visitas aos domicílios, segundo a definição da área territorial pré-estabelecida para a adscrição. Nesse processo, serão identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas. Essa etapa inicia o vínculo da unidade de saúde/equipe com a comunidade, a qual é informada da oferta de serviços disponíveis e dos locais, dentro do sistema de saúde, que prioritariamente deverão ser a sua referência.

A partir da análise da situação de saúde local e de seus determinantes, os profissionais e gestores possuirão os dados iniciais necessários para o efetivo planejamento das ações a serem desenvolvidas. O cadastramento possibilitará que, além das demandas específicas do setor saúde, sejam identificados outros determinantes para o desencadeamento de ações das demais áreas da gestão municipal, visando a contribuir para uma melhor qualidade de vida da população.

É recomendável que a equipe de uma unidade de saúde da família seja composta de, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS – 1 ACS para cada 150 a 200 famílias).

Os profissionais das equipes de saúde serão responsáveis por sua população adscrita, devendo residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação exclusiva. Os ACS também devem residir nas suas respectivas áreas de atuação, já que constituem um elo de ligação entre a unidade de saúde e a comunidade.

A equipe de saúde da família tem como base de atuação as unidades básicas de saúde, e suas funções básicas são as visitas domiciliares, internações domiciliares e participação em grupos comunitários.

A visita domiciliar tem como finalidade o monitoramento da situação de saúde das famílias. A equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de situações de risco. A internação domiciliar não substitui a internação hospitalar tradicional. Deve ser sempre utilizada no intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente. Por isso, só deve ser realizada quando as condições clínicas e familiares do paciente a permitem. A hospitalização deve ser feita sempre que necessária, com o devido acompanhamento por parte da equipe. Na participação em grupos comunitários, a equipe deve estimular e participar de reuniões de grupos, discutindo os temas relativos ao diagnóstico e alternativas para a resolução dos problemas identificados como prioritários pelas comunidades.

A implementação do PSF é operacionalizada no município, com a co-participação do nível federal e estadual. O processo conta de várias etapas, que podem ser realizadas de forma sequencial ou simultânea de acordo com as diferentes realidades dos sistemas municipais de saúde. As etapas são as seguintes:

Sensibilização e divulgação: discussão dos princípios e diretrizes da estratégia de Saúde da Família e suas bases operacionais, visando disseminar as idéias centrais. Compreende a “venda da idéia”, com clareza sobre a verdadeira proposta.

Adesão: o município que decide optar pelo PSF, deve elaborar um projeto para implantação da(s) equipe(s) nas unidades básicas de saúde, o qual deve ser submetido à apreciação do Conselho Municipal de Saúde. Sendo aprovado, deve ser encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde para análise e apreciação e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite. Ao estado cabe o apoio técnico aos municípios, bem como a inclusão de seu financiamento na programação dos tetos financeiros dos estados e municípios, a co-responsabilidade pela implantação do PSF, além do processo de capacitação e educação continuada dos profissionais envolvidos.

Recrutamento, seleção e contratação de recursos humanos: como todo processo seletivo, deve ser dada atenção à identificação do perfil profissional não

apenas em termos de exigências legais, mas de proximidade com o campo de atuação específico do PSF. Os critérios de seleção devem ser justos e devem atender os princípios éticos, que selecionem profissionais com perfis adequados à concepção do PSF.

Capacitação das equipes: para alcançar os objetivos do PSF, o processo de capacitação desses profissionais deve apresentar um conjunto de atividades capazes de contribuir para o atendimento das necessidades mais imediatas, bem como garantir a continuidade da formação profissional para o aprimoramento e melhoria da capacidade resolutiva das equipes de saúde.

Treinamento introdutório: Este treinamento visa capacitar os profissionais para a compreensão do seu objeto de trabalho nas equipes de Saúde da Família. Neste, são trabalhados os aspectos gerais das atividades desenvolvidas pelas equipes – no seu caráter assistencial, gerencial e administrativo – e o conteúdo programático deve estar adaptado às necessidades locais, tanto dos serviços, quanto da característica de formação dos profissionais e do perfil epidemiológico da região.

Educação continuada ou permanente: deve ser contínua, atendendo às necessidades que o dinamismo dos problemas traz às equipes. O planejamento das ações educativas deve ser adequado às peculiaridades locais e regionais, com a utilização dos recursos técnicos disponíveis e integração com as universidades e instituições de ensino e capacitação de recursos humanos.

Financiamento: o financiamento do PSF está claramente definido na Norma Operacional Básica em vigor, a NOB – 01/SUS/96.

A implantação do PSF em Santa Catarina iniciou em 1994. Os primeiros municípios a implantarem foram Joinville e Criciúma, depois Blumenau e Lages.

Atualmente SC possui 24 municípios, totalizando 73 equipes, atuando na estratégia do PSF. Através de informações obtidas no Pólo de Capacitação do Programa de Saúde da Família (Coordenação Estadual de SC), espera-se implantar no ano de 1999, 51 novas equipes do PSF, em 30 municípios de SC.

Nos municípios de Florianópolis, em fevereiro de 1996, juntamente com a Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social (SSDS) foram implantadas três equipes: uma na Vila Aparecida e duas no Monte Cristo. Atualmente a SSDS está tentando

implantar, nos Centros de Saúde de Florianópolis, a estratégia de Saúde da Família (PSF).

A operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais. Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita deve ser a preocupação básica dessa estratégia. A humanização da assistência e o vínculo de compromisso e de coresponsabilidade estabelecido entre os serviços de saúde e a população tornam o PSF um projeto de grande potencialidade transformadora do atual modelo assistencial.

3.9. DISTRITO DOCENTE ASSISTENCIAL

O Distrito Docente Assistencial foi criado em 1996, pela Secretaria da Saúde de Florianópolis, como um dos Distritos da lógica de organização dos 5 Distritos Sanitários da cidade.

A partir de maio de 1997, é criado o Programa Docente Assistencial, configurado na área do Distrito Docente Assistencial, numa articulação conveniada da Universidade Federal de Santa Catarina e da Secretaria da Saúde de Florianópolis.

A necessidade de formação de Recursos Humanos para os Serviços Públicos de Saúde e a deficiência do aparelho formador na formação deste profissional com perfil diferenciado (inclusive formação e capacitação de profissionais para o Programa de Saúde da Família) requer modelos estratégicos de programação.

Entendendo o Sistema Local de Saúde como o espaço mais adequado para formação e capacitação destes profissionais, Serviços e Universidade, num esforço conjunto, propuseram a implementação deste projeto com o objetivo de desenvolver um modelo de articulação Universidade-Sistema de Saúde em uma região geográfica e funcionalmente definida do Município de Florianópolis, concebida como um Sistema Local de Saúde (SILOS, ou Área de Saúde ou Distrito de Saúde), co-gerenciado pelas instituições envolvidas e comunidade.

O “Sistema-Escola” visa o desenvolvimento de programas de formação e reciclagem de recursos humanos de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Sua estrutura é basicamente uma rede hierarquizada e regionalizada (local) de unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade:

1º nível de atenção: (atenção primária de saúde)

- 11 centros de saúde que atendem 14 bairros, num total de 73557 pessoas.

Dentro deles, o CS II Itacorubi, que atende ao bairro Itacorubi, com 8.374 habitantes (Projeção 1997 – CIS-SSDS).

- 1 Centro de Saúde de referência, com 3 especialidades básicas: gineco-obstetrícia, pediatria e clínica médica, funcionando como referência de atenção para casos de alto risco e de alta complexidade à área de influência do Distrito Docente-Assistencial.

Para que a proposta se viabilize, considera-se chave o trabalho em um locus único, que se conforma em uma regional funcional da rede de serviços municipais.

2º nível de atenção:

Ambulatórios de especialidades médicas do Hospital Universitário (H.U.), localizado no bairro Trindade, junto a UFSC.

3º nível de atenção:

Internação Geral e Maternidade do H.U.

O Sistema de Informação terá por base o Programa do Centro de Informações de Saúde da Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social que gerencia a rede de saúde. Serão desenvolvidos indicadores institucionais e pedagógicos relativos a aspectos de avaliação específicos do projeto a partir desta base.

São Pressupostos Gerais do Modelo Pedagógico:

- organização de uma área-modelo de capacitação e formação, tanto para a rede pública como para as profissões da área da saúde da Universidade, destacando-se neste trabalho a enfermagem;

- organização de uma área-modelo para o desenvolvimento da Residência Multiprofissional em Saúde da Família;

- desenvolvimento da educação continuada para a rede Municipal e, especialmente, para o Programa de Saúde da Família (PSF);
- articulação teoria/prática;
- diversificação dos locais de ensino-aprendizagem;
- o processo ensino-aprendizagem nos serviços;
- a experiência em equipe multiprofissional;
- experiência nos serviços em diversos níveis de complexidade do sistema de saúde.

Esta área de saúde tem uma gerência e planejamento conjuntos: Secretaria da Saúde/CCS-Universidade/H.U. dentro da lógica do Sistema Local de Saúde.

Esta co-gestão se viabiliza através de um núcleo gestor com características técnico-administrativas e um Conselho Coordenador com características político-gerenciais e com a participação de representações das comunidades da área de influência do projeto.

3.10. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

“A Educação em saúde é uma tentativa, através da qual se utilizam as mais variadas experiências e recursos, para levar os indivíduos a atitudes e práticas que redundem em benefício de seu bem-estar, família e comunidade” (MOSQUERA et STOBAUS, 1983 apud PEREIRA, 1993, p.19).

A educação em saúde não é uma construção recente na história humana. As instruções sobre os hábitos de vida saudáveis dos hebreus podem ser encontradas nos escritos bíblicos.

No Brasil, a educação em saúde, até a década de 1970, foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas, subordinada aos seus interesses. “Acreditava-se que as informações transmitidas dos que sabem para os que não sabem eram suficientes para, ao longo do tempo, dotar a população do conjunto dos hábitos considerados essenciais para a manutenção da saúde” (VILLELA, 1982 apud PEREIRA, 1993).

Atualmente a educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população.

Neste sentido, a educação e saúde pode contribuir para o conhecimento do processo saúde/doença. Pois, este conhecimento permite ter uma maior compreensão da Saúde/doença dos indivíduos, famílias e comunidade, principalmente para a melhoria da sua qualidade de vida, para um viver mais saudável. Entretanto, este conhecimento não é o único que pode manter e proteger a saúde de uma população, pois a saúde não é uma mercadoria a ser adquirida, utilizando-se da educação como moeda.

Briceño-León (1996) apresenta dois postulados básicos, duas teorias da ação e sete teses sobre a educação sanitária para a participação comunitária, que são importantes no trabalho de Educação e Saúde. Os postulados são:

- conhecer o ser humano, incluindo suas crenças, seus hábitos e rotinas, sua situação concreta de vida;
- contar com o ser humano, pois ninguém pode cuidar da saúde do outro, se este não deseja fazê-lo por si mesmo;

As teorias da ação procuram responder o que faz com que as pessoas ajam, se envolvam, se comprometam ou não. A primeira afirma que as pessoas atuam pressionadas pelas circunstâncias, por sua situação e necessidades. A outra postula que são os valores e as crenças que impulsionam e estimulam os seres humanos a agir (SAUPE, 1998, p.13).

As sete teses propostas por Briceño-León (1996) para a participação comunitária são:

1. A educação não é só o que se desenvolve em programas educativos, mas inclui toda e qualquer ação sanitária;
2. A ignorância não é um espaço vazio que deve ser preenchido com conhecimentos, mas um conteúdo que deve ser transformado;
3. Não existe o que sabe e o que não sabe, mas todos sabem coisas distintas;
4. A educação deve ser dialógica e participante;
5. A educação deve reforçar a confiança das pessoas em si mesmas;

6. A educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento: esforço-sucesso/lucro;

7. A educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva.

Assim, a atual educação em saúde interpreta os processos de saúde e doença a partir de referenciais múltiplos e privilegia práticas participativas, considerando que educadores e população tem saberes complementares, sendo parceiros na luta por melhores condições de vida, transpondo os limites da ação sanitária para alcançar uma ação social transformadora comprometida com a promoção da saúde e o bem estar geral da população.

4. EDUCAÇÃO PROBLEMATIZADORA

Marco conceitual é um conjunto de conceitos e proposições integradas numa configuração significativa que proporciona direção à prática assistencial, à educação e à pesquisa. O marco conceitual deve representar idéias globais, crenças e valores sobre indivíduos, grupos, situações e eventos que permeiam ou deverão permear a prática assistencial e educacional, assim como a pesquisa.

No campo da prática, o marco conceitual atua como referência sobre o que é importante observar, relacionar, e planejar nas situações de interação com o cliente, além de proporcionar uma organização para reflexão e interpretação do que é vivenciado. (PEIXOTO e SILVA, 1986 e SOUZA, 1984 apud NITSCHKE, 1991, p.57)

Segundo Brito (1997, p.57) a utilização de um marco conceitual ou teoria está sempre presente na ação humana, por mais rudimentar que seja, mesmo quando o sujeito não tem consciência deste fato ou não consegue expressá-lo. Esta teoria, quando está conscientemente introjetada e criticada no exercício da ação, torna-se uma práxis, práxis esta que é uma ação refletida pela conscientização (1997, p.57).

4.1. Um Pouco da História de Paulo Freire

Paulo Reglus Neves Freire, conhecido no Brasil e no exterior apenas como Paulo Freire, nasceu em Recife, PE, em 19 de setembro de 1921. Filho de Joaquim Temístocles Freire, sargento do exército, e de Edeltrudes Neves Freire, dona de casa e bordadeira.

Começou a aprender a leitura da palavra, orientado pela mãe, escrevendo palavras com gravetos das mangueiras, à sombra delas, no chão do quintal de sua casa. (GADOTTI, 1996, p.28)

Já residindo em Jaboatão, cidade vizinha de Recife, aos treze anos de idade, experimentou a dor da perda de seu pai. Conheceu o prazer de conviver com os amigos e conhecidos, que foram solidários naqueles tempos difíceis. Sentiu o sofrimento

quando viu sua mãe, precocemente viúva, lutar para sustentar a si e a seus quatro filhos, fortaleceu-se com o amor que entre eles aumentou por causa das dificuldades que juntos enfrentaram, sofreu a angústia devido às coisas perdidas e às provações materiais, espantou-se com o crescimento de seu corpo, mas sem deixar que o menino o abandonasse definitivamente, permitiu que o adulto fosse conquistando espaço em sua existência. À medida que via seu corpo crescer, sentia também sua paixão pelo conhecimento aumentar (GADOTTI, 1996, p.28,29).

Ainda em Jaboatão, Paulo concluiu a escola primária. Realizou seus estudos secundários no Colégio Oswaldo Cruz, em Recife. Aos 22 anos de idade, ingressou na Faculdade de Direito do Recife. Optou pelo curso de Direito por estar dentro da área de ciências humanas, pois naquela época não havia curso superior de formação de educador em Pernambuco (GADOTTI, 1996, p.30).

Antes de ter concluído seus estudos universitários, casou-se em 1944, com a professora primária Elza Maria Costa Oliveira, com quem teve cinco filhos. Nesta época, tornou-se professor da língua portuguesa no colégio Oswaldo Cruz (GADOTTI, 1996, p.33).

Em fins de 1959, prestou concurso e obteve o título de Doutor em Filosofia e História da Educação, o que assegurou-lhe a nomeação de professor efetivo da faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, da universidade do Recife.

O método de alfabetização teve origem do Movimento de Cultura Popular do Recife, o primeiro que se fez no Brasil, na aurora dos anos 60, tempo em que pela única vez alguma educação no Brasil foi criativa, e sonhou que poderia servir para libertar o homem. Lavradores do Nordeste foram os primeiros homens a viverem a experiência nova do “círculo de cultura”. Foram os primeiros a serem alfabetizados de dentro para fora, através de seu próprio trabalho (BRANDÃO, 1981, p.17,18).

Os resultados obtidos com a aplicação do método (300 trabalhadores, alfabetizados em 45 dias), foram surpreendentes, tanto que decidiu-se aplicar o método em todo território nacional, com o apoio do Governo Federal. Não houve tempo para passar das primeiras experiências para os trabalhos de amplo fôlego com a alfabetização de adultos. Com o golpe militar de 1964, educadores foram presos e trabalhos de educação condenados. Paulo Freire foi um dos primeiros educadores presos, e depois

exilados, foi para o Chile com a família, juntamente com o sonho e o método (BRANDÃO, 1981, p.19).

Retornou em 1980, com a anistia política do Governo Figueiredo, e junto vieram também suas principais obras: “Educação como Prática da Liberdade” e “Pedagogia do Oprimido”.

Paulo Freire faleceu no dia 02 de maio de 1997, em São Paulo. Foi um “pensador comprometido com a vida, não pensava idéias, pensava existência” (FREIRE, 1978), sendo também um verdadeiro educador, comprometido com o homem, a sua liberdade e a possibilidade deste “ser mais”.

4.2. O Referencial Teórico de Paulo Freire

✕ Um dos pressupostos de Paulo Freire, segundo Brandão (1981), é a idéia de que ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinho. A educação deve ser um ato coletivo, solidário, um ato de amor, não pode ser imposta. Porque educar é uma tarefa de trocas entre pessoas e, se não pode ser nunca feita por um sujeito isolado, não pode ser também o resultado do despejo de quem supõe que possui todo o saber sobre aquele que, do outro lado, foi obrigado a pensar que não possui nenhum. “Não há educadores nem educandos puros”. De lado a lado se ensina e de lado a lado se aprende. (1981, p.21,22)

As pessoas se educam mediadas por determinado objeto de conhecimento, que é a própria realidade vivida, a realidade vivida que aí está a desafiá-los, a conhecê-la e a transformá-la.

A escolha deste referencial deu-se em função da descoberta e encanto com uma linha de pensamento de cunho transformador, voltada para uma sociedade mais justa e fraterna, consciente e comprometida, bem como pronta a intervir na realidade para mudá-la (BRITO, 1997, p.57).

A opção por trabalhar Paulo Freire se deu por acreditarmos neste processo educativo, em que o saber se constrói juntos, através do desvelamento da nossa realidade existencial, tornando-nos mais críticos e conscientes para que possamos lutar

para conquistar nossos direitos e nosso espaço, mudando e transformando esta realidade vivida, ou seja, a sociedade.

4.3. Os Conceitos

Para dar suporte à nossa prática assistencial, buscamos no referencial pedagógico de Paulo Freire os seguintes conceitos, que irão permear o trabalho educativo: homem, diálogo, educação, conscientização, cultura, ação-reflexão, humanização, família, comunidade. O conceito de interdisciplinariedade fez-se necessário, por nossa prática estar voltada para o modelo da Estratégia de Saúde da Família, que tem como objetivo o rompimento do atual modelo de saúde, fragmentado e compartimentalizado, para uma prática de saúde democrática visando uma abordagem integral do cliente.

HOMEM: É visto como um ser social, histórico e político, comprometido com a transformação da realidade. Um ser inconcluso, capaz de atuar e refletir, que exatamente pela capacidade de refletir, de atuar, operar, de transformar a realidade de acordo com finalidades propostas, se torna um ser da práxis. Um ser de relações, que está no mundo e com o mundo, que é capaz de relacionar-se; de sair de si; de projetar-se nos outros; de transcender. Um ser vocacionado para o aperfeiçoamento, para “ser mais”, que educa e é educado, aprende e ensina e que, exatamente por desenvolver a consciência crítica e estar imbuído de princípios éticos é capaz de transformar a realidade, transformação esta vinculada ao grau de consciência, desenvolvido neste processo. (BRITO, 1997, p.59,60)

Para Paulo Freire, homem é todo ser humano, seja ele homem, mulher, adolescente, criança, idoso, membros da equipe de saúde.

Em nossa prática educativa, nos referimos ao ser humano mulher, gestante, seres humanos únicos, diferentes, singulares, e que tem suas próprias crenças, valores, expectativas, necessidades, estilo e história de vida. As gestantes são seres que passam por profundas modificações físicas, psicológicas, sociais, espirituais, entre outras, e alteração de papéis, tornando-se além de mulher e filha, esposa ou companheira e mãe.

Necessitam compartilhar suas experiências e conhecimentos, serem ouvidas, serem orientadas e compreendidas.

DIÁLOGO: Para Freire o diálogo é entendido como um importante componente do processo educativo. “É o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos, endereçado ao mundo a ser transformado e humanizado” (FREIRE apud ESMERALDINO, 1999, p.26).

O diálogo é um ato de amor, de humildade de confiança, de fé, uma fé pela qual os homens expressam o seu poder de fazer e de refazer, de criar e recriar, fé na sua vocação de “ser mais”, que não é um privilégio de alguns eleitos, mas direito dos homens. Diálogo em que haja um pensar verdadeiro, um pensar crítico, um pensar que não aceita a dicotomia mundo-homens, e reconhece que existe entre eles uma inquebrantável solidariedade. Diálogo, que é a comunicação verdadeira entre os homens, que é ação e reflexão, pois não há palavra verdadeira que não seja práxis, palavra que tenha ação transformadora que desvela a realidade, permitindo a compreensão da mesma, palavra que sirva de instrumento de releitura coletiva da realidade social, onde acontece a relação entre os homens (BRITO, 1997, p.63).

O diálogo é também instrumento de conquista do mundo para a libertação dos homens (WOSNY, 1994, p.14).

EDUCAÇÃO: Para Freire, educação é percebida como um processo de caráter permanente, dinâmico, e inacabado de descoberta, no qual o homem deve ser o sujeito de sua própria educação. Uma educação que perceba que não há saber nem ignorância absoluta. Uma educação em que o educador se coloque na posição humilde daquele que comunica um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo (FREIRE apud ESMERALDINO, 1999, p.27).

É compreendida como uma tarefa que deve levar o homem sujeito a “ser mais”, ajudando-o a desvelar a realidade que o cerca, a dominar os conhecimentos que esclarecem, a libertar-se pela tomada de consciência das coisas do mundo, a participar efetivamente da vida social, compreendendo o que ocorre ao seu redor. Uma educação referida à realidade, que só é viva, só forma, só constrói conhecimento quando nasce da

prática social, quando responde às exigências da vida social e às aspirações dos indivíduos em relação à sua existência concreta (BRITO, 1997, p.61).

Segundo GADOTTI (1991, p.69), Paulo Freire caracteriza duas concepções opostas de educação. Concepção Bancária (burguesa): o educador é o que sabe, e os educandos os que não sabem; o educador é o que pensa, e os educandos os pensados; o educador é o que opta e prescreve sua opção, e os educandos os que seguem a prescrição; o educador escolhe o conteúdo programático, e os educandos jamais são ouvidos nessa escolha, e se acomodam a ela; o educador identifica a autoridade funcional, que lhe compete, com a autoridade do saber, que se antagoniza com a liberdade dos educandos, pois os educandos devem se adaptar às determinações do educador; e finalmente o educador é o sujeito do processo, enquanto os educandos são meros objetos, a educação torna-se um ato de depositar; o “saber” é uma doação, dos que se julgam sábios, aos que nada sabem. A Educação Bancária tem por finalidade manter a divisão entre os que sabem, e os que não sabem, entre oprimidos e opressores, nega a dialogicidade (GADOTTI, 1991).

Em contraposição ao modelo “bancário”, Paulo Freire propõe uma “educação problematizadora ou libertadora”, na qual “o educador não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa”. (FREIRE, 1988, p.78)

“Educação problematizadora porque, a nível da consciência dos sujeitos, implica sempre num ato de desvelamento da realidade – tendo como elemento crítico o diálogo – na medida em que os resgata de suas próprias histórias enquanto autores e atores sociais, isto é, sua ‘práxis’ ” (HEIDEMANN, 1994, p. 26).

CONSCIENTIZAÇÃO: Segundo GADOTTI (1996, p.81), a conscientização não é apenas tomar conhecimento da realidade. A tomada de consciência significa a passagem da imersão na realidade para um distanciamento desta realidade. A conscientização ultrapassa o nível da tomada de consciência através da análise crítica, isto é, do desvelamento das razões de ser desta situação, para constituir-se em ação transformadora desta realidade.

É a capacidade de descobrir a razão de ser das coisas, descoberta esta que deve ser acompanhada de uma ação transformadora (BRITO, 1997, p. 61).

É um processo contínuo e infinito, que só pode existir no ato de ação-reflexão, assumindo assim, o compromisso de transformação.

CULTURA: É tudo o que é recriado e criado pelo homem. Consiste em recriar e não repetir... É o processo de transformação do mundo pelo trabalho... se consubstanciando na criação de um outro mundo; o mundo da cultura que se alonga no mundo da história (FREIRE, 1988, p. 115).

AÇÃO-REFLEXÃO: É o movimento dialético entre a reflexão crítica sobre a ação anterior e a ação subsequente no processo de luta pela transformação da realidade. Este movimento objetiva buscar a práxis que é uma ação refletida pela conscientização (BRITO, 1997, p.63).

INTERDISCIPLINARIEDADE: Segundo GADOTTI (1996, p.102), “a ação pedagógica através da interdisciplinariedade e da transdisciplinariedade aponta para a construção de uma escola participativa e decisiva na formação do sujeito social. O educador, sujeito de sua ação pedagógica, é capaz de elaborar programas e métodos de ensino-aprendizagem, sendo competente para inserir a sua escola numa comunidade. O objetivo fundamental da interdisciplinariedade é experimentar a vivência de uma realidade global, que se inscreve nas experiências cotidianas do aluno, do professor, e do povo e que, na escola tradicional, é compartimentalizada e fragmentada. Articular saber, conhecimento, vivência, escola, comunidade, meio-ambiente, etc., é o objetivo da interdisciplinariedade que se traduz na prática por um trabalho **coletivo e solidário** na organização do trabalho na escola. Não há interdisciplinariedade sem descentralização do poder, portanto sem uma efetiva autonomia da escola.”

Para Borges, a interdisciplinariedade deve estar pautada no novo modelo de atenção à saúde – PSF. “Esta abordagem questiona as certezas profissionais ancoradas no positivismo biológico e estimula a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe ética em saúde, onde não encontraríamos o “cliente”, ou,

“o paciente”, mas sim, o cidadão (sujeito) que procura o serviço de saúde (PSF)” (1999, p.1).

HUMANIZAÇÃO: Para Freire (1992, p.99), a humanização passa a ser um sonho, a concretização deste é sempre um processo, um devir, que é a ruptura das amarras reais, concretas, de ordem econômica, política, social, ideológica, do contrário ocorre a desumanização. A prática política que se fundamenta numa concepção opressora leva a desumanização.

FAMÍLIA: “Uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo, com uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns, construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, de interesse e/ou afetividade. A família reafirma sua identidade própria, possui, cria e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns, influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive num ambiente de interação com outras pessoas, famílias, grupos e instituições (escola, centros de saúde), em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento e desenvolvimento contínuo de seus membros e do seu próprio processo de viver com o grupo” (GAPEFAM⁵).

SOCIEDADE: Vista como uma nova sociedade que, sendo sujeito de si mesma, tem no homem e no povo, sujeitos de sua história. Sociedade que se descobre inacabada, com um sem-número de tarefas a cumprir, com uma participação atuante do povo no seu processo histórico. Uma sociedade que tem voz e participação, e percebe que não existe mundo sem homem e nem homem sem mundo, e que a transformação do mundo significa a humanização de todos (BRITO, 1997, p.60).

⁵ GAPEFAM – Grupo de Assistência. Pesquisa e Educação em saúde da família, vem atuando desde 1985, coordenado pela Dra. Ingrid Elsen, é formado por professores, alunos de graduação e pós-graduação de enfermagem e enfermeiros do Hospital Universitário.

4.4. Interrelação entre os Conceitos

O homem, como ser social, membro de uma família, inserida em uma comunidade/sociedade e cultura, na busca de “ser mais”, torna-se o sujeito de sua educação. Educação que se dá através do diálogo humanizado e interdisciplinar, baseado na ação-reflexão, levando a conscientização da realidade a ser transformada.

5. METODOLOGIA

Segundo Minayo (1998) entende-se por metodologia, o caminho, o instrumento que pode entender ou interferir na realidade.

5.1. O ITINERÁRIO DE PAULO FREIRE

A palavra itinerário significa roteiro, descrição de viagem, caminhos (Dicionário Novo Brasil, 1980).

Paulo Freire criou um método de educação baseado na relação dialógica educador e educando. Este método tem como objetivo buscar uma ação e reflexão autêntica sobre a realidade, seja ela coletiva ou individual. É um processo permeado por um rico diálogo, que busca a conscientização com o intuito de proporcionar o desvelamento e a transformação da realidade (BRITO, 1997, p.68).

Para Freire, no trabalho de ensinar e aprender, há sempre “educadores-educandos” e “educandos-educadores”, ambos ensinam e aprendem. Por isso, “é um método que se constrói a cada vez que é coletivamente usado, dentro de um círculo de cultura⁶ de educadores e educandos” (BRANDÃO, 1981, p.24).

Esse método é bastante flexível e aberto, e constitui-se basicamente de três etapas: investigação, tematização e problematização.

• Investigação

Esta é a etapa da descoberta do universo vocabular em que são levantadas palavras e temas geradores, relacionados com a vida cotidiana das pessoas envolvidas e do grupo social a que elas pertencem.

“Procurar o tema gerador é procurar o pensamento do homem sobre a realidade e a sua ação sobre esta realidade que está em sua práxis. Na medida em que os homens

⁶ O círculo de cultura é uma unidade de ensino que substitui a escola tradicional. É formado por um grupo de pessoas que se reúne para discutir seu trabalho, a realidade local e nacional, sua vida familiar, etc. Nele não há lugar para professor tradicional (“bancária”) – que tudo sabe – nem para o aluno que nada sabe.

tomam uma atitude ativa na exploração de suas temáticas, nessa medida sua consciência crítica da realidade se aprofunda e anuncia estas temáticas da realidade (...) Captar estes temas é compreendê-los, e compreender, portanto, aos homens que os encarnam e a realidade à qual se referem (...) A procura temática converte-se assim numa luta comum por uma consciência da realidade e uma consciência de si, que fazem desta procura o ponto de partida do processo de educação e da ação cultural de tipo libertador” (FREIRE, 1980, p.32, 33).

O objetivo desta etapa é surpreender a maneira como uma realidade social existe na vida e no pensamento de seus participantes, servindo para criar um momento comum de descoberta. São os pensamentos-linguagens das pessoas que, a seu modo, desvelam o mundo (ESMERALDINO, 1999, p.29).

Em geral são evidenciados através de encontros informais, onde são captados as preocupações cotidianas e elementos de cultura, que se constituirão em temas problemáticos que determinam a ação.

• Tematização

Nesta etapa são codificados e decodificados os temas levantados na fase de tomada de consciência, contextualizando-os e substituindo a primeira visão mágica por uma visão crítica e social. Descobrem-se assim novos temas geradores, relacionados com os que foram inicialmente levantados.

A codificação representa uma dimensão dada da realidade tal como a vivem os indivíduos, e esta dimensão é proposta à sua análise num contexto diferente daquele no qual eles a vivem (FREIRE, 1980, p.32).

É a fase onde os participantes expõem seu entendimento sobre o tema, na busca de uma compreensão significativa através do diálogo. Novos temas geradores são descobertos, relacionados aos inicialmente levantados.

Assim, ao mesmo tempo que aprende a ler e escrever, o educando aprende a “ler”, isto é, analisar sua prática e atuar sobre ela. (GADOTTI, 1991, p.147)

Segundo Freire (1987, p.97), a descodificação é a análise crítica da situação codificada. É a análise e conseqüente reconstituição da situação vivida. Momento em que os indivíduos passam a transformar a realidade e sua consciência de mundo.

HEIDEMANN (1994, p.29) ressalta que nessa etapa ocorrem quatro momentos subsequentes, ou seja: admiração e silêncio, descrição, percepção da situação e análise crítica.

No primeiro momento, os participantes do grupo descrevem os elementos codificados como parte do todo. Entretanto é o silêncio da apreensão do objeto codificado que se evidencia.

O segundo momento é caracterizado pela cisão da totalidade “admirada”. Os sujeitos olham a realidade de dentro, mas não conseguem apreender ainda a sua totalidade.

Durante o terceiro momento, os sujeitos voltam a admirar e apreendem a situação de codificação na totalidade.

No quarto é realizada a análise crítica do que a codificação apresenta, ou seja, a realidade.

• **Desvelamento Crítico ou Redução Temática**

Nesta fase ocorre ida e vinda do concreto para o abstrato e do abstrato para o concreto, volta-se ao concreto problematizador. Descobrem-se os limites e as possibilidades das situações existenciais concretas captadas na primeira etapa. Evidencia-se a necessidade de uma ação concreta, cultural, política, social, visando à superação de situações limites⁷, isto é, de obstáculos à hominização⁸. O objetivo final do método é a conscientização. A educação para a libertação deve desembocar na práxis transformadora, ato do educando como sujeito, organizado coletivamente (GADOTTI, 1991, p.40).

⁷ “Situações limites para Paulo Freire são as situações que desafiam de tal forma a prática dos homens que é necessário enfrentá-las e superá-las para prosseguir. Elas não devem ser contornadas, mas analisadas, enfrentadas e estudadas em suas múltiplas contradições, sob pena de reaparecerem mais adiante com força redobrada” (GADOTTI, 1991, p.156,157).

⁸ Hominização: “Etapa de evolução do mundo em que surgem o homem e a mulher, ou seja, em que surge a capacidade de refletir e de atuar sobre a realidade para transformá-la” (GADOTTI, 1991, p.40).

5.2. ASPECTOS GERAIS DO CAMPO DE ESTÁGIO

5.2.1. Resgatando um pouco da História do Itacorubi⁹

O Itacorubi fica localizado na região do mangue. Evidencia-se nitidamente, o avanço, à princípio lento, mas contínuo da ocupação das áreas do mangue, fato este que começou a aumentar a partir dos anos 70.

Em 1948 foi aprovado o loteamento da rua São Francisco de Assis. Esta rua é perpendicular à Rua Antônio Carlos Ferreira, paralela ao mangue. Outros dois loteamentos aprovados, foram o loteamento da rua Trajano Margarida e o da rua Professor Enóel Schutel.

O bairro do Itacorubi, tem as mesmas características da colonização de Florianópolis, tendo recebido ainda muitos migrantes da região de Santo Amaro da Imperatriz e do bairro vizinho Saco Grande I.

Inicialmente agrícola, o modo de produção passou, mais tarde a basear-se no serviço público e construção civil.

Aproximadamente no início do século, existiam cerca de quinze famílias residentes no local, sendo seis destas, de raça negra que morava em uma única rua, designada como Morro do Quilombo.

Entre estas famílias cita-se a família do Sr. João Lima, que levou ao bairro, em 1948 a primeira linha de ônibus. Por volta de 1960, foi feita a instalação da luz elétrica.

Com a fundação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), houve grande explosão demográfica, objetivada na construção de vários conjuntos habitacionais.

Atualmente o Itacorubi, que em Tupi-Guarani significa “pedra grande”, é uma área ocupada por vários condomínios de edificações de até seis andares, várias empresas de economia mista (como Telesc, Celesc, Fiesc, Sesi, Epagri...), prédios de universidades (Esag, Udesc), entre outras, conforme Foto 1.

⁹ FONTE: Relatório de estágio do CSII do Itacorubi. Florianópolis, dezembro de 1996.



Foto 1 - Epagri, uma das várias empresas instaladas no Itacorubi.

A comunidade também é bastante mista sócio-economicamente, constituindo-se numa verdadeira miscelânea de classes sociais, desde famílias carentes à famílias de classe média e classe média-alta, como podemos observar na Foto 2.

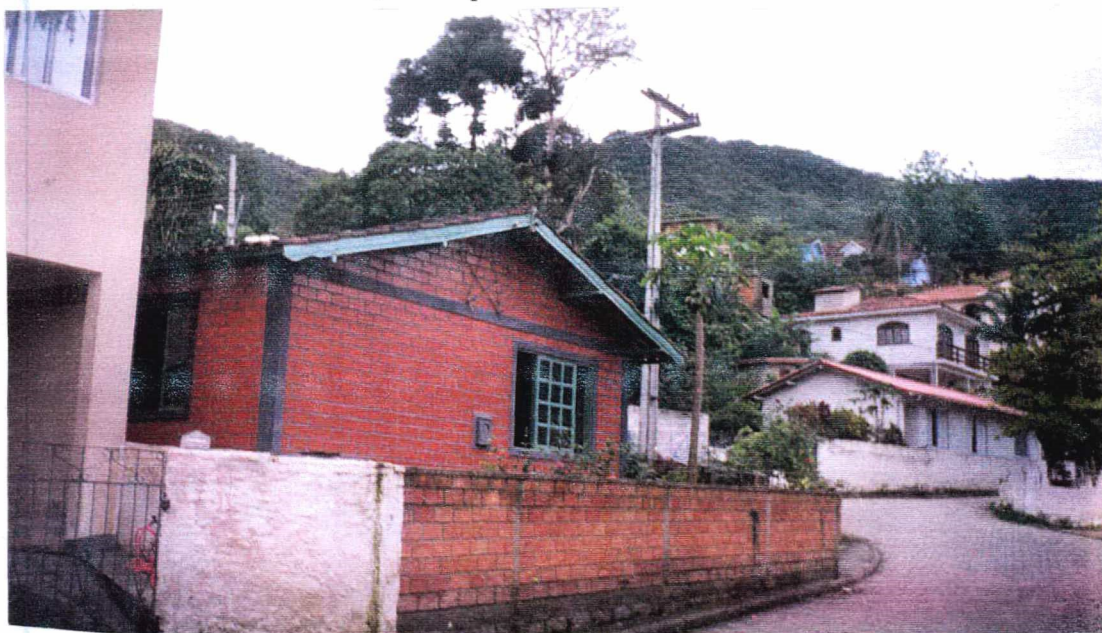


Foto 2 – Variedade de classes sociais.

5.2.2. Conhecendo o Morro do Quilombo

A partir do diagnóstico da comunidade definiu-se como micro-área de risco o Morro do Quilombo. A constituição sócio-econômica e populacional é heterogênea, sendo a grande maioria de baixa renda, principalmente a parte mais alta do morro, que apresenta condições precárias. Não possuem saneamento básico e as casas são de madeira, construídas em cima de pedras e encostas, com “características de pombal” (residindo de seis a oito pessoas, incluindo adultos e crianças), sob palafita, portanto sem nenhum apoio e sem iluminação, correndo o risco de desmoronamento pela erosão e desmatamento, o que pode ser observado na Foto 3. As demais casas do morro apresentam boas condições, onde foram observadas belas casas.

Há áreas destinadas à colocação do lixo para a coleta convencional pela COMCAP, todavia a população não faz uso adequado, jogando o lixo nas encostas, no meio fio das ruas e no riacho que passa ao fundo de suas casas.

Em relação às condições gerais de saneamento básico, foi observado que a situação é precária, apresentando esgoto a céu aberto, lixo jogado nas encostas do morro e riacho que corre pelo mesmo, tornando-se um reservatório de insetos e ratos que favorecem a transmissibilidade das doenças.

Além de todos estes problemas relatados, há ainda a dificuldade de acesso às casas. As ruas não são todas calçadas, onde encontram-se pedras por todo o caminho, promovendo o perigo de quedas, principalmente no acesso às casas, situadas nas encostas e nos pontos mais altos do morro.



Foto 3 – Condições precárias das moradias do Morro do Quilombo.

5.2.3. A Unidade de Saúde

O CS II Itacorubi (Foto 4), localizado no município de Florianópolis, tem como áreas de abrangência o Morro do Quilombo, Parque São Jorge, Jardim Anchieta, Santa Mônica e parte da descida do Morro da Lagoa, estando situado na rua Amaro Antônio Vieira. A comunidade abrange dezoito micro-áreas, dando-se um enfoque de trabalho na micro-área de risco, ou seja, o Morro do Quilombo.

Embora não tenha-se dados concretos, a população estimada desta comunidade é de 8.374¹⁰ habitantes, constituindo-se de aproximadamente 2.700 famílias.

Para atender a esta demanda, o CS II conta com uma equipe técnica composta por:

- 1 enfermeira;
- 2 técnicos de enfermagem;
- 1 auxiliar de serviços gerais (matutino);

- 1 auxiliar administrativo (matutino);
- 2 auxiliares de enfermagem;
- 1 pediatra (20 horas);
- 1 clínico geral (20 horas);
- 1 clínico geral (40 horas) – médico de família;
- 2 dentistas;
- 1 auxiliar de consultório odontológico.

O elo de ligação entre a comunidade e a unidade de saúde é constituído pelos ACS (Agentes Comunitários de Saúde), sendo atualmente composto por uma equipe de treze pessoas (que residem na comunidade), embora o número preconizado pelo Ministério da Saúde seja de um ACS para cada 120 a 200 famílias (micro-área).

A estrutura física do CS II é formada por:

- 1 farmácia;
- 1 sala de vacina;
- 2 consultórios médicos;
- 1 sala de procedimentos gerais (esterilização, preparo de materiais, suturas, pequenas cirurgias, preparo de nebulização, curativos...);
- 1 sala de apoio (também utilizada como sala de estudos);
- 1 cozinha;
- 1 consultório odontológico;
- 2 banheiros (1 para a comunidade e 1 para os funcionários);
- 1 sala de espera;
- recepção.

¹⁰ FONTE: Projeto de Articulação Docente Assistencial Universidade-Sistema de Saúde/Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis. Maio de 1997.



Foto 4 – Centro de Saúde II Itacorubi.

5.2.4. População Alvo

Foi constituída pelas gestantes e suas respectivas famílias e comunidade em geral, residentes na área de abrangência do CS II Itacorubi, principalmente Morro do Quilombo e freqüentadoras do centro de saúde.

6. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA PRÁTICA VIVENCIADA NO CS II ITACORUBI

Objetivo 1: Desvelar a realidade do contexto social e familiar das gestantes em conjunto com a equipe de saúde, os agentes comunitários e os acadêmicos de medicina do CS II do Itacorubi.

ESTRATÉGIAS	APRAZAMENTO	AVALIAÇÃO
a) Conhecer a comunidade em conjunto com os ACS, a equipe de saúde e os acadêmicos de medicina do CS II do Itacorubi.	Durante o estágio.	Será considerado alcançado se forem realizadas visitas com os ACS, a equipe de saúde e os acadêmicos de medicina na comunidade.
b) Refletir com a equipe de saúde, os ACS e os acadêmicos de medicina o contexto social e familiar das gestantes.	Durante o estágio.	Será considerado alcançado se for dialogado com a equipe, os ACS e os acadêmicos de medicina o contexto social e familiar das gestantes.
c) Participar juntamente com a equipe de saúde, os ACS e os acadêmicos de medicina da organização e formação do grupo de gestantes.	Durante o estágio.	Será considerado alcançado se as acadêmicas participarem da organização e formação do grupo de gestantes

O primeiro passo para a tentativa de caracterizar o amplo contexto social da comunidade na qual as gestantes e suas famílias estavam inseridas, foi conhecer a área de abrangência atendida pelo CS II Itacorubi.

A fim de alcançar este objetivo, foram realizadas visitas domiciliares, juntamente com a enfermeira do CS II, antes mesmo de ter iniciado o período de estágio, oportunidade esta na qual conhecemos a realidade social (sócio-econômica-sanitária e ambiental) das famílias que residem no Morro do Quilombo (Foto 5).

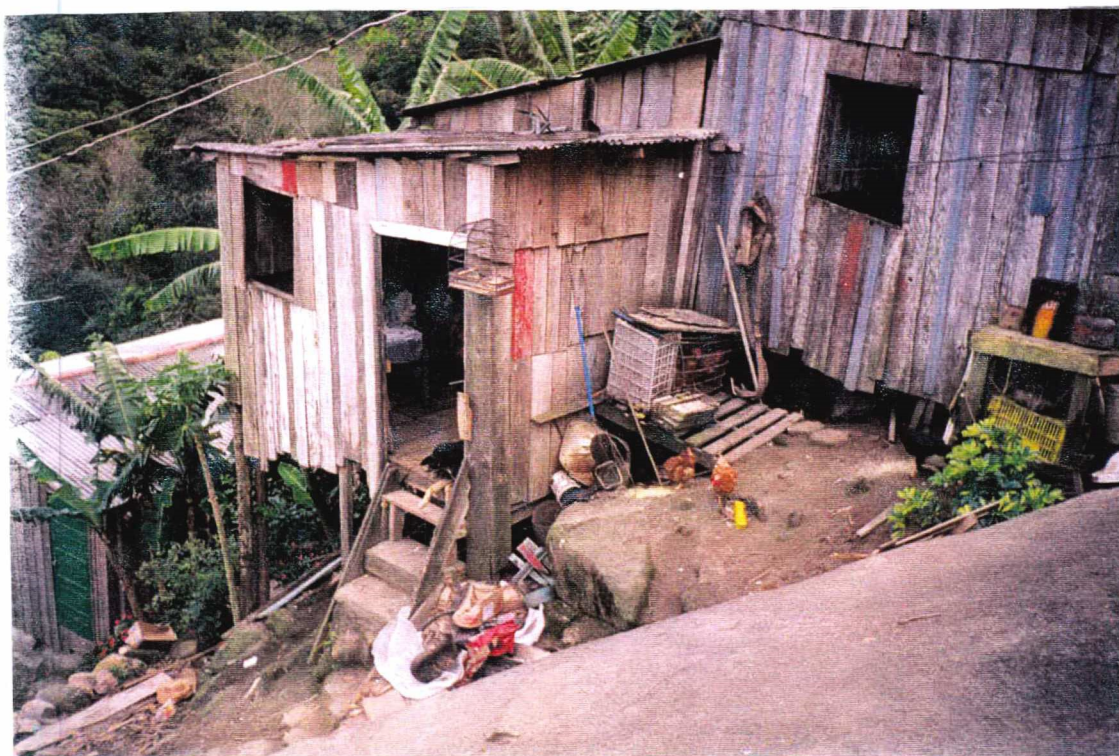


Foto 5 - Realidade vivenciada pelas famílias do Morro do Quilombo.

No decorrer do estágio, participamos do treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde (Foto 6), tendo em vista que esta foi uma das possibilidades de interagirmos com os ACS. O treinamento foi realizado no Centro Comunitário do Itacorubi, no período de 14 a 17/09. Neste treinamento, estavam presentes os ACS do Itacorubi, Córrego Grande, Saco Grande II e Pantanal, totalizando em torno de 55 ACS.

Os temas abordados durante este treinamento introdutório foram: o papel do ACS na comunidade, assim como os 6 (seis) marcadores de saúde: diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase, a gestante e a criança.

As informações foram repassadas para os ACS de diferentes formas, em diferentes momentos. Nas aulas expositivas, a enfermeira ministrante expressou uma forma de educação autoritária, com pouca participação dos ACS, que no dizer de Freire constitui-se em uma educação bancária “onde o educador é o sujeito do processo, enquanto os educandos são meros objetos e a educação torna-se um ato de depositar o “saber” dos que se julgam sábios aos que nada sabem”. Já durante as oficinas, foram os ACS que criaram conceitos e expuseram suas opiniões. As oficinas abordaram os

seguintes assuntos: Gravidez é..., Pré-Natal é..., Parto é..., Puerpério é.... Através dessa dinâmica, obteve-se os seguintes conceitos:

Gravidez é: “Felicidade mútua”

“Sinônimo de vida”

“Momento de orientação”

“Tempo de preparação”

“Período de mudanças na mulher e na família”, entre outros.

Pré-Natal é: “Estar em constante observação com seu bebê e consigo mesma”, entre outros.

Parto é: “Normal ou cesárea”

“Normal possibilita contato mais rápido com a mãe e é mais econômico”

“Cesárea tem contato mais demorado com a mãe e tem mais custo”, entre outros.

Puerpério é: “Rejeição”

“Cansaço físico e emocional”, entre outros.

Após exporem seus conceitos, foi aberta uma grande discussão e reflexões com a participação de todos.

Durante a discussão, emergiram assuntos como eclâmpsia, pré-eclâmpsia, eritroblastose fetal e depressão pós-parto.

Dando sequência ao treinamento, foram assistidos vídeos sobre a importância do pré-natal e parto de cócoras. Os ACS também realizaram duas dramatizações sobre o ACS visitando a comunidade.

Finalizando, foi explicado o preenchimento das fichas, e como consultar e preencher o cartão da gestante.



Foto 6 – Treinamento dos Agentes Comunitário de Saúde (ACS).

Percebeu-se ainda que a participação dos ACS era bastante significativa, e demonstraram interesse nos vários assuntos abordados, questionando e abordando experiências de suas vidas, e também a de outras pessoas, além de exporem suas dúvidas de aprendizado. Acreditamos que esse tipo de discussão enriquece o conhecimento, contribuindo dessa forma para o melhor aprendizado, visto que não foi uma forma de educação opressora, oferecendo a oportunidade de pensar e refletir sobre os assuntos, onde todos tiveram a liberdade, através do diálogo, de expor suas idéias, trocar experiências, representar situações, e juntos construir o conhecimento.

Consideramos de extrema importância a nossa participação neste treinamento, pois possibilitou o conhecimento e relacionamento com os ACS, além de nos mostrar o real papel do ACS, fazendo com que percebêssemos a importância do PACS, que juntamente com o PSF demonstra uma possibilidade de reorganização do sistema de saúde vigente.

Entretanto o nosso contato com os ACS, restringiu-se apenas a esse treinamento. Os motivos que dificultavam um maior engajamento com os ACS foram:

O primeiro, foi pelo fato de os ACS estarem com suas atividades paralisadas, por determinação da SSDS, não havendo iniciado o trabalho de acompanhamento e cadastramento das famílias da comunidade.

O segundo, foi pelo CS II Itacorubi não possuir um espaço adequado para a realização das reuniões entre os ACS e a enfermeira, tendo que ser ministradas em uma sala destinada a várias funções, onde são guardados materiais bibliográficos e administrativos do CS. Dessa maneira, os treze ACS mais a enfermeira coordenadora do PACS, ficavam em pé e “amontoados”, o que impossibilitou a nossa participação nessas reuniões.

A equipe de saúde do CS II Itacorubi, realizava visitas domiciliares àquelas pessoas que não tinham condições de se deslocarem ao CS (em geral pacientes pós-cirúrgicos, puérperas ou com doenças crônico-degenerativas). Além de visitas para o simples acompanhamento das famílias, o CS realiza estas visitas por estar trabalhando na Estratégia de Saúde da Família e Distrito Docente Assistencial, o que preconiza um modelo de atenção à saúde diferenciado do sistema vigente, com ênfase na promoção da saúde do indivíduo e sua família. Mas vale ressaltar que esse modelo de atenção à saúde desenvolvido no CS, ainda possui muitas falhas, pelo fato de não ser desenvolvido a interdisciplinaridade por todos os profissionais do CS, dificultando a mudança do modelo de atenção à saúde.

Participamos destas visitas com a enfermeira, e outras vezes com a enfermeira e acadêmicos de medicina.

Tínhamos ainda como estratégia deste objetivo, a participação juntamente com a equipe de saúde do CS, ACS e acadêmicos de Medicina, da realização de círculos de cultura com as gestantes e suas famílias. O círculo de cultura foi o grupo de gestantes, que se reuniu para discutir as preocupações, dúvidas, medos, ansiedades e percepções relacionadas ao processo de gestação.

No grupo de gestantes, esperávamos que surgissem problemas relacionados à gestação, através da investigação dos temas geradores com as gestantes e suas famílias, onde em conjunto tentaríamos buscar ações concretas para a redução destes problemas.

Durante o andamento do grupo, levantamos alguns temas geradores em conjunto com a gestante, para serem discutidos em encontros posteriores. Foram, então,

trabalhadas as prioridades, as angústias e os medos das gestantes, como uma situação emergencial, que vivenciavam naquele momento. Neste sentido, podemos relatar o caso de uma gestante que vivenciava o desemprego do marido. Discutimos em conjunto, como poderia ser encaminhado o problema, o qual foi levado ao CS, e discutido com a equipe de saúde as alternativas de encaminhamento. Para tanto foi buscado junto à Secretaria de Saúde algum programa de auxílio, frente a essa problemática. Porém, a dificuldade dos órgãos públicos em trabalhar com a realidade social, não permitiu que solucionássemos essa problemática.

Consideramos que esse objetivo foi alcançado, pois foram realizadas visitas à comunidade, e dialogado com a equipe de saúde, e acadêmicos de medicina sobre as situações emergenciais que surgiram naquele momento, além de termos estimulado a organização de encontros com as gestantes. A interação e trabalho com os ACS ficou prejudicado pelos motivos já citados anteriormente.

Objetivo 2: Adquirir habilidades para a realização da assistência de enfermagem à gestante.

ESTRATÉGIAS	APRAZAMENTO	AVALIAÇÃO
a) Acompanhar as consultas de enfermagem à gestante, realizadas pela enfermeira no CS I Rio Vermelho e Rio Tavares.	Na primeira semana de estágio.	Será considerado alcançado se as acadêmicas acompanharem as consultas de enfermagem às gestantes.
b) Discutir e refletir com a equipe sobre rotinas do CS II Itacorubi no atendimento à gestante.	Durante o estágio.	Será considerado alcançado se for discutido e refletido sobre as rotinas do CS II Itacorubi.

Com o intuito de adquirirmos habilidades para a realização da assistência de enfermagem à gestante, propusemos a idéia de acompanhar consultas de enfermagem à gestante, que a princípio seriam realizadas pela enfermeira no CS I Rio Vermelho e Rio Tavares. Porém, não foi possível acompanhar as consultas no CS Rio Tavares, devido à indisponibilidade da enfermeira, por motivo de férias, e no CS I Rio Vermelho por estar sem atendimentos, devido à reforma.

Dialogamos com a enfermeira do CS II Itacorubi, sobre a possibilidade dessa atividade ser desenvolvida em outro CS. Surgiu então a proposta do CS II Costeira, onde a enfermeira se mostrou bastante acessível, sendo o CS II Costeira também parte do Distrito Docente Assistencial. Dedicamos uma tarde inteira para essa prática, tendo a oportunidade de acompanharmos três consultas com a gestante. Como no CS, é realizado grupo de gestantes no mesmo dia das consultas, justamente para estimular a participação, também participamos do grupo.

O grupo foi coordenado pela enfermeira do CS e teve a participação dos acadêmicos de medicina. Os temas foram expostos de maneira “autoritária”, evidenciando novamente uma situação de educação bancária, em forma de “palestra” e vídeo, não havendo a participação das gestantes na construção do conhecimento, contrariando a metodologia proposta por Paulo Freire, além de enfatizar a doença, e não a promoção da saúde e qualidade de vida, durante o processo de gestação, opondo-se à proposta do PSF.

Porém, observamos que nas consultas realizadas pela enfermeira, a educação se deu de forma dialógica, participativa, respeitando as crenças e os conhecimentos do indivíduo. O conhecimento geralmente era construído em conjunto, constituindo dessa forma, uma educação libertadora. A gestante não foi vista como um educando passivo, que está ali para ser “depósito de conhecimentos”, mas houve diálogo e foram oferecidas possibilidades para melhorar seu auto-cuidado, deixando-a livre para que refletisse e buscasse alternativas para a melhoria da sua situação de saúde/doença.

Embora não ter sido um objetivo proposto, participamos também do grupo de gestantes do CS II Agrônômica (foto 7), onde fomos convidadas pela enfermeira Susana.



Foto 7- Grupo de gestantes do C.S II Agrônômica.

Pelo fato de ser um CS que foi reformado há pouco tempo, o espaço físico é adequado para atender as necessidades de um grupo de gestantes. Esta reunião foi coordenada pela enfermeira Susana e pela enfermeira do CS, contando com aproximadamente 16 gestantes, nos mais variados graus de gestação. O assunto pré-estabelecido para a reunião foi o parto. Foi dada abertura para elas trocarem experiências, embora algumas tenham se sentido constrangidas em falar ao grupo.

Foram então passados dois vídeos, um sobre o parto (parto normal, cócoras e explicando o que é o projeto canguru), e outro mostrando a maternidade.

No final, foi feito um relaxamento, onde as gestantes fechavam os olhos e, ouvindo uma música calma, acariciavam suas barrigas.

O grupo teve abertura para trocar experiências e expor suas opiniões, porém observamos que não houve muito estímulo por parte dos coordenadores, acabando por voltar mais uma vez para o modelo tradicional de educação.

Consideramos o objetivo alcançado, apesar de não termos realizado o acompanhamento nos lugares propostos, mas as nossas dúvidas foram sanadas com nossa participação nas consultas do CS II Costeira, e nos grupos de gestante, enriquecendo nossos conhecimentos. Vale ressaltar que após esses acompanhamentos, nos sentimos menos inseguras, podendo ter uma noção maior de como é realizada uma consulta, e as maneiras de abordagem. A experiência foi ótima, uma vez que fomos muito bem recebidas pelas enfermeiras de ambos os CS, nos deixando à vontade.

Objetivo 3: Prestar assistência de enfermagem à gestante e sua família, com ênfase na educação e saúde.

ESTRATÉGIAS	APRAZAMENTO	AVALIAÇÃO
a) Proporcionar acolhimento às gestantes da comunidade do Itacorubi.	Durante o estágio.	Será considerado alcançado se for proporcionado acolhimento às gestantes da comunidade do Itacorubi.
b) Realizar consulta de enfermagem às gestantes agendadas no serviço de saúde do Itacorubi, sendo as consultas do pré-natal intercaladas com os acadêmicos de medicina.	Durante o estágio.	Será considerado alcançado se for realizado consultas de enfermagem às gestantes agendadas no serviço de saúde do Itacorubi.
c) Realizar visita domiciliar às gestantes e sua família.	Durante o estágio.	Será considerado alcançado se forem realizadas visitas domiciliares às gestantes e sua família.
d) Participar e estimular a formação do grupo de gestantes.	Durante o estágio.	Será considerado alcançado se houver participação e estimulação para a formação do grupo de gestantes.
e) Estimular a interdisciplinariedade e humanização da assistência à saúde da gestante/família/comunidade.	Durante o estágio.	Será considerado alcançado se houver a interdisciplinariedade e a humanização da assistência à saúde.

Para o alcance deste objetivo, uma das estratégias era a de proporcionar acolhimento às gestantes. Para ir de encontro a esta prática, o grupo se baseou nos escritos de Miranda e Miranda (1993), quando dizem que aprender o nome do cliente e chamá-lo sempre por esse nome é a primeira coisa que o profissional pode fazer para tornar a relação um encontro mais pessoal, tratando o cliente como uma pessoa única. É importante também que seja o profissional a pessoa que vai “buscar” o cliente onde ele estiver, numa sala de espera, num corredor, etc., marcando o início de cada atendimento com um cumprimento, que além do aspecto verbal pode incluir algum tipo de contato físico com o cliente. Esse contato depende da profundidade e da natureza da relação – um aperto de mão, um “tapinha nas costas”, um abraço, e às vezes um beijo. O contato

físico com o cliente é uma forma não só de transmitir segurança e apoio para a pessoa, como também de captar os sentimentos que ela está experimentando no momento.

O nosso intuito, relacionado à essa prática, foi de proporcionar não somente às gestantes, mas à todos os clientes do CS II Itacorubi um atendimento mais humanizado.

Vale ainda salientar que nossa proposta de atendimento difere do acolhimento preconizado à gestante pela Secretaria de Saúde Municipal, que tem como objetivo identificar possíveis fatores de risco, que podem apontar para a urgência na realização de consulta médica, ou encaminhamento da gestante para serviços de emergência. Essa ação de acolhimento, no CS II Itacorubi, era realizado pelos acadêmicos de medicina, atendendo dessa forma, além das gestantes, aqueles clientes que não possuíam consulta agendada para aquele momento, garantindo assim à população o acesso mais imediato às ações de saúde. A comunidade do Itacorubi conta com esta forma diferenciada de atendimento devido ao CS deste local fazer parte do Distrito Docente-Assistencial.

Outra estratégia proposta foi a realização de consultas de enfermagem às gestantes. A princípio a idéia era de intercalar as consultas com os acadêmicos de medicina, tendo em vista que esta rotina era preconizada pela Secretaria de Saúde Municipal (vide Normativa de Assistência ao Pré-Natal em anexo).

No entanto, essa proposta não se consolidou por diversos motivos:

- O fato de só podermos realizar nossas atividades, “consultas de enfermagem”, com a presença da supervisora, cujo horário de trabalho concentrava-se no período vespertino, sendo que nesse período desenvolvia-se também o internato dos acadêmicos de medicina, restringindo o espaço físico do CS, além de que os acadêmicos já haviam conquistado esse espaço, sendo as consultas priorizadas aos mesmos, fazendo parte das rotinas do CS.

- A nossa imaturidade no trabalho comunitário, faltando autonomia e experiência para o desenvolvimento de espaços de aprendizado com as gestantes.

- A dificuldade de intercalar um trabalho interdisciplinar com a equipe do CS II e acadêmicos de medicina. O diálogo interativo, libertador, que era objeto deste trabalho, nem sempre evidenciou-se, ora porque éramos resultados de uma prática hegemônica autoritária, ora porque tivemos dificuldade de aplicar uma prática diferenciada.

Vale ressaltar que, quando a médica supervisora dos acadêmicos de medicina encontrava-se ausente, tivemos a oportunidade, no decorrer do estágio, de realizar algumas consultas à gestante, pois os acadêmicos eram dispensados, e esse demanda absorvida pela enfermagem. Assim, foram realizadas um total de cinco consultas de enfermagem (fotos 8 e 9). Destas, uma foi realizada no primeiro trimestre, sendo a primeira consulta, e as demais foram realizadas no último trimestre de gestação, cujas consultas tornaram-se semanais, para acompanhamento mais intensificado.

Primeiramente, realizávamos o acolhimento às gestantes, ou seja, eram recebidas calorosamente. No início do atendimento transmitia-se receptividade e interesse, de modo a se sentirem valorizadas.

Inicialmente, nas consultas, era realizada apresentação pessoal e também do objetivo do trabalho, oportunizando as gestantes a livre opção, em participar ou não. Algumas gestantes compareciam à consulta sozinhas, enquanto outras eram acompanhadas do companheiro, o que oportunizava uma abordagem mais integral à família. Assim, eram levantados vários temas em conjunto, como medos e dúvidas, angústias e experiências, que se refletiam nas famílias das gestantes.

As consultas de enfermagem, sempre envolvendo a avaliação das gestantes, foram realizadas de forma dialógica e participativa, e não sistematizada (sem um roteiro pré-estabelecido), pois dependiam das circunstâncias de cada situação, sendo possível observarmos atentamente as manifestações verbais e não-verbais, o que facilitou sobremaneira a nossa abordagem com elas.

Durante as consultas constatamos algumas falas das gestantes e seus companheiros:

“Eu já disse para ela, que ela tem uma barriga bonita, mas ela não acredita”.

“O meu pé nem inchou”.

“A gente ainda não sabe se o bebê vai ser menino ou menina, mas quando a gente não sabe, a surpresa é melhor”.

“Eu estou na casa da minha mãe até o bebê nascer, porque meu marido trabalha fora”.

“Ela já entende o pai antes de nascer”.

“Ela vai ficar assim depois de ter o bebê?...É porque acho que ela está mais bonita com esse peso”.

Nestas falas, pode ser observado a manifestação de vários traços culturais e crenças das gestantes e suas famílias. Estes valores, por sua vez, eram respeitados e discutidos em conjunto, pois como Freire (1992) ressalta: “o educador deve entender como os grupos populares fazem sua leitura do mundo, deve compreender como percebem suas ‘manhas’ que são indispensáveis à sua cultura para defender-se da violência a que estão submetidos”.

Os registros das consultas foram feitos seguindo o Modelo Weed, ou seja, em forma de SOAP (S- Dados subjetivos, O- Dados objetivos, A- Análise, P- Plano de Cuidados), no prontuário da paciente, o qual descreveremos dois exemplos a seguir:

SOAP 1 – 26/10/1999.

S – Paciente veio ao posto de saúde para realizar pré-natal, acompanhada do companheiro. Ambos referiram estar contentes com o nascimento do bebê. Refere sentir azia quando come determinados alimentos (tomate, laranja), por isso não está comendo muito, e também por indicação do médico, teve que cortar vários alimentos da sua dieta, por ela estar com peso acima do normal. Relata sentir vontade de ir ao banheiro muitas vezes por dia, e que às vezes, apesar da vontade, não elimina quase nada. Diz estar sentindo contrações fracas várias vezes ao dia, mas com intervalos longos. Relata já ser a quarta gestação, tendo sido todas de parto normal, e que está ansiosa para ganhar o bebê. Já preparou a bolsa do bebê há mais ou menos um mês. Realizou ultra-sonografia, mas não foi possível verificar o sexo do bebê, estando, então, ambos (gestante e parceiro) curiosos para saber. O parceiro relatou que quando não se sabe o sexo, a surpresa é melhor. Diz ter feito preparo da pele com óleo de amêndoas, para evitar estrias.

O – Gestante lúcida, comunicativa, acompanhada do parceiro e ambos contentes com a gravidez, e ansiosos com o momento do parto.

IG – 38s e 9d PESO – 81.700kg PA – 120x70mmHg

AU – 38 cm BCF – 136bpm. Presença de acúmulo de líquido discreto, no tornozelo. Feto com apresentação cefálica.

A – Gestante com sobrepeso, tendo diminuído 300gr desde a última consulta. P.A. dentro dos limites da normalidade. BCF também dentro dos limites (sendo ouvido no QID, do ventre materno). Presença de edema discreto na região do tornozelo, fisiológico. Boa evolução da gravidez, e boa aceitação por parte da gestante e do parceiro.

P – Conversado sobre os sinais do parto, e o momento de procura à maternidade.

- Dialogado e explicado sobre alterações normais da gravidez, como azia, vômito e edema.

- Mostrado à gestante e seu parceiro a importância da amamentação exclusiva até os seis meses de idade.

- Oferecido a ambos a possibilidade de ouvir o BCF do bebê.

- Discutido com ambos sobre os diferentes tipos de parto, e deixando a escolha a critério do casal.

- Mostrado ao casal desenhos explicativos de como estava a apresentação de seu bebê, causando interesse a ambos.

- Discutido também a possibilidade de o pai participar do processo de nascimento do bebê.

- Orientação para repousar com as pernas elevadas, ao menos quinze minutos ao dia, para reduzir edema em tornozelos.

- Orientada, para se caso não houver ganho o bebê na próxima semana, passar no posto para consulta.

- Discutido com o casal, qual método pretendem utilizar para evitar futura gravidez, sendo preferido por ambos discutirem mais tarde.

SOAP 2– 28/10/1999

S – Gestante veio para acompanhamento pré-natal. Relata ser o quarto filho do casal, sendo que a filha menor tem apenas um ano. A gravidez não foi planejada, porém ela e a família (marido e filhos) estão felizes esperando a chegada da filha, cujo nome já escolheram. Diz que ela e o marido se preocupam com o bem-estar do bebê, e conversam bastante com ela. Relata que não teve enjoos, apenas tem câimbras nas

pernas à noite, principalmente na perna esquerda. Tem um pouco de dificuldade para dormir, pela posição que se torna cansativa (DLE). Sua alimentação é normal, come bastante frutas, e segue a orientação do nutricionista devido à gastrite. Não tem dificuldade para evacuar e urina inúmeras vezes ao dia. Relata que o marido fará vasectomia em dezembro no HU, pois não querem mais ter filhos. Está tranqüila para o parto normal ou cesáreo devido a posição do bebê. Relata que os outros partos foram fáceis e sem problemas. Somente teve dificuldade para manter a amamentação mais de três meses, pois eles recusavam o peito. Desta vez gostaria de amamentar pelo menos até seis-sete meses. O pai gostaria de acompanhar e filmar o parto.

O – PESO – 88,3kg PA – 120x80mmHg AU – 42cm T – 36”

BCF – 140bpm IG – 38s e 6d. Gestante comunicativa, tranqüila e sorridente. Pele e mucosas hidratadas, íntegras e coradas. Mamas normotensas, aréolas hiperpigmentadas, mamilos protusos. Abdomen com flacidez moderada e presença de estrias. Apresentação fetal de difícil identificação, córmica?? Ausculta de BCF em região periumbilical esquerda. Apresentação de leve edema em MMII +/4+.

A – Gestante emocionalmente bem, tranqüila, demonstrando atenção com o bebê e cuidados consigo mesma. Ganho ponderal um pouco acima do esperado (3-5kg). Apresentando alterações fisiológicas da gravidez como polaciúria e câimbras, gastrite. BCF e PA dentro dos limites da normalidade.

P – Conversado sobre aleitamento materno e fatores que dificultam a pega, tipos de parto (no HU) e sinais que indica o momento de procurar a maternidade.

- Dialogado sobre cuidados com câimbras, alimentação, repouso, elevar MMII devido edema.

- Discutido sobre sinais normais da gravidez e retorno na semana seguinte caso não tenha o parto até lá.

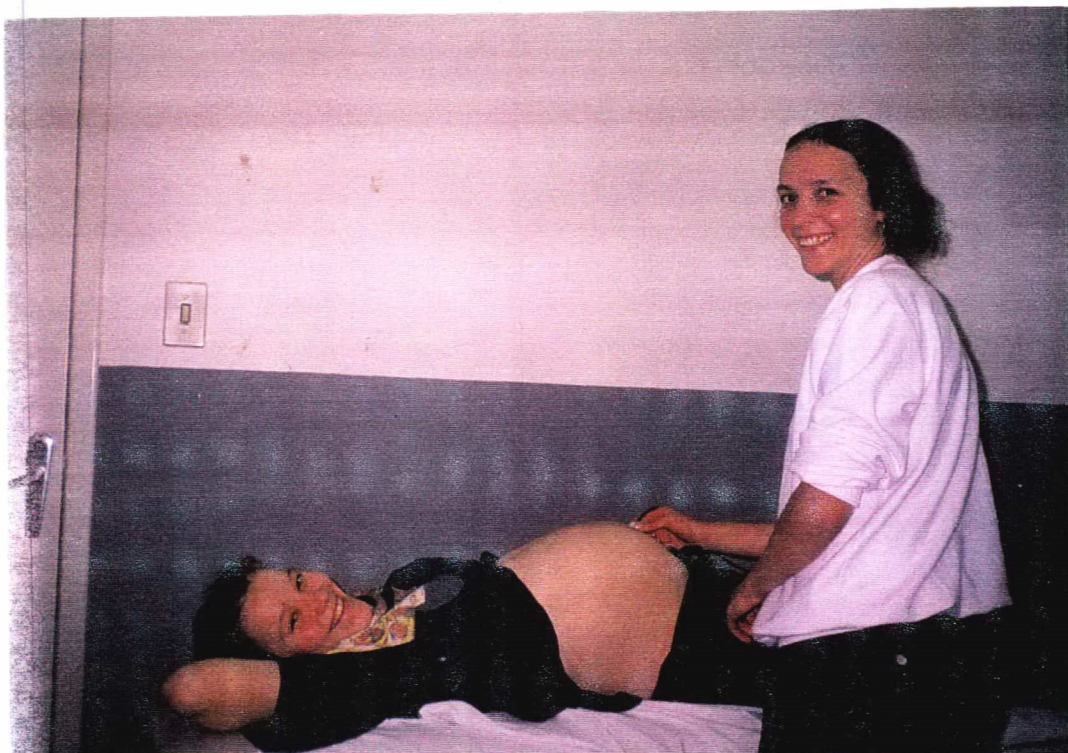


Foto 8- Consulta de enfermagem à gestante.

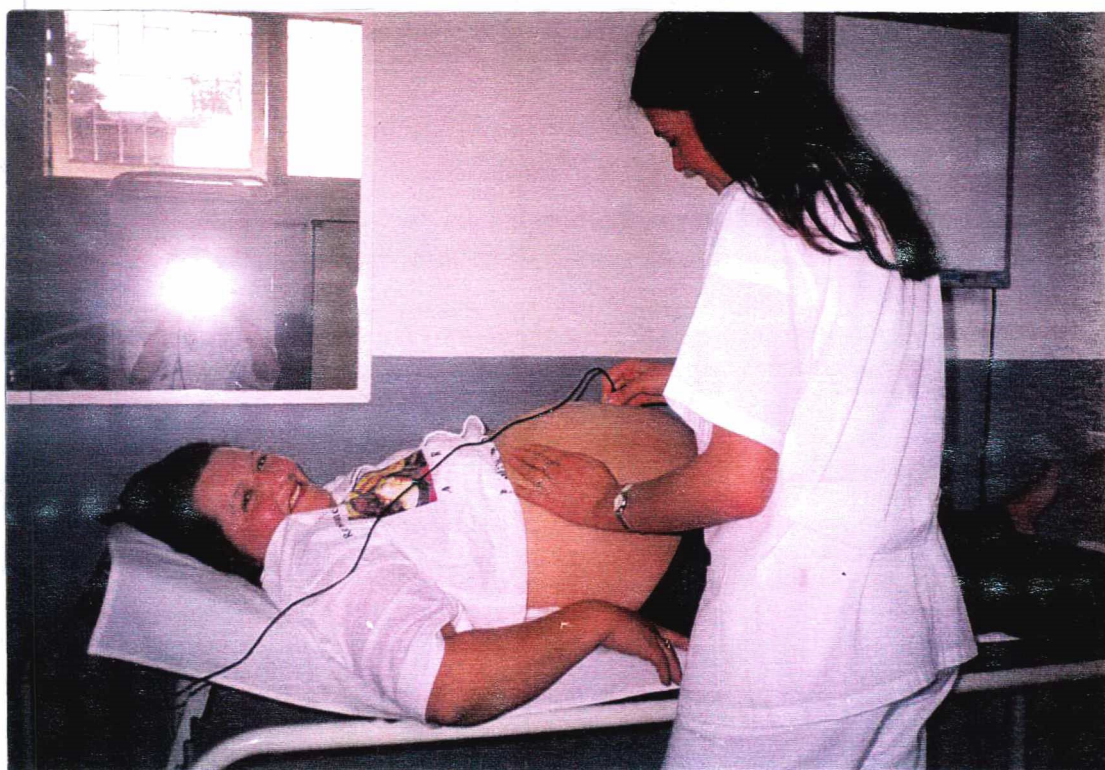


Foto 9- Consulta de enfermagem à gestante

Realizamos também, como parte deste objetivo, visitas domiciliares às gestantes (que também não tiveram um roteiro pré-estabelecido).

Inicialmente, o objetivo das visitas era a realização da coleta de dados para a pesquisa sócio-epidemiológica, porém dialogamos e chegamos à conclusão que uma visita domiciliar seria inválida, se apenas se resumisse à aplicação do questionário. Numa posição autoritária e mecanicista, isto seria viável, mas indo de encontro a metodologia deste trabalho, a educação deve ser dialógica, uma espécie de desvelamento crítico, pois acredita-se que no universo familiar, comunitário, destas gestantes, não há uma compreensão crítica em torno da sociedade, não porque são incapazes de compreender, mas por causa das condições precárias em que vivem e sobrevivem, e são proibidas de saber.

Foram realizadas então, um total de cinco visitas domiciliares, que foram selecionadas através do livro de marcação de consultas da médica, onde foi listando os endereços de várias gestantes, todas residentes no Morro do Quilombo. Vale destacar que as gestantes não foram selecionadas aleatoriamente, e mesmo com os endereços em mãos, muitas vezes incompletos, tivemos dificuldades em encontrá-las.

Apesar de todas as dificuldades de acesso encontradas para realizar as visitas domiciliares, foi aplicado o questionário e dialogado com a gestante e sua família sobre vários assuntos. Os temas emergiram durante a visita, e envolviam as queixas mais comuns na gestação, tais como: cuidados com a pele, alterações fisiológicas e parto. Foi muito importante ouvirmos seus medos, angústias, suas crenças, o que se tornou uma “troca de saberes”, onde ao mesmo tempo que ensinávamos, também aprendíamos.

Por ocasião dessas visitas domiciliares, também tivemos a oportunidade de perceber o contexto social em que vivem essas gestantes e suas famílias, levando-nos a conhecer e compreender melhor a situação de cada uma delas em seu processo de gestação.

Gostaríamos ainda de salientar que além das dificuldades encontradas e já relatadas, houveram outras, que dificultaram uma abordagem mais integral da gestante e sua família, como: ausência de familiares no momento da visita, não sendo possível realizar troca de informações e conhecimentos com os mesmos, e também o fato dos horários das visitas serem incompatíveis com a disponibilidade dos familiares. Apesar

desse fato ser considerado dificuldade, ficamos contentes em saber que a ausência desses familiares ou companheiro, era por motivo de trabalho.

Relataremos a seguir duas visitas domiciliares realizadas:

Primeira Visita Domiciliar:

Anotamos o endereço da gestante e fomos à procura da mesma, para a realização da visita. Tivemos dificuldades em encontrar sua residência, pois as casas eram “amontoadas” e não possuíam número, o que dificultou bastante sua localização. Chegamos em sua casa, e ela estava dormindo, então uma vizinha foi chamá-la. Apesar de atrapalharmos seu sono, pedimos desculpas e permissão para a realização da visita, fomos bem recebidas. A gestante possuía dezessete anos, primeira gravidez, e estava no sétimo mês de gestação. Relatou que não trabalha, e mora com o parceiro que trabalha numa fábrica de salgadinho e é professor de artes marciais.

“Não tem como eu trabalhar, eu não sei fazer nada...Acho que é porque sempre fui muito mimada pela minha mãe”.

“Eu e meu marido namoramos quinze dias e resolvemos casar... É que eu não queria mais morar com a minha mãe”.

“Ninguém vai me querer para trabalhar com esse barrigão”.

A casa se constituía de um cômodo, cujo quarto do casal era separado por uma cortina. Os móveis ficavam todos “amontoados”, mas apesar do pouco espaço físico, a casa era limpa e possuíam todos os móveis necessários, como geladeira, pia, fogão, TV e outros. Possuía energia elétrica, mas não tinha rede de esgoto, o qual desembocava a céu aberto. Durante a visita dialogamos sobre a importância de ela expor suas expectativas e dúvidas, emergindo assuntos como o parto e também métodos para evitar a gravidez. Observamos, então, a necessidade de ser realizado um planejamento familiar baseado na educação e saúde com aquela gestante, o que foi dialogado sobre o assunto.

“Depois que eu tiver o bebê, eu quero tomar antibiótico (se referindo ao anticoncepcional)”.

“Eu nunca usei nada para não ter bebê”.

Dialogamos ainda sobre vários assuntos como seu relacionamento com a família e companheiro, e sentimentos relacionados à gestação, os quais surgiram dela a

necessidade de abordar, contribuindo dessa forma com uma abordagem mais integral da gestante, apesar de os familiares não estarem presentes.

Chegamos à conclusão que a gravidez na adolescência é um fenômeno complexo vivenciado com muitas dificuldades na sociedade vigente: consumista, competitiva e com estreito mercado de trabalho e, ao mesmo tempo, exigente de melhores condições de vida, em contrapartida há interferências culturais que dificultam a ampla educação sexual favorecendo o aumento da gravidez na adolescência.

Segunda Visita Domiciliar:

Foi também realizado no Morro do Quilombo, porém a casa era de mais fácil acesso. A casa da gestante ficava localizada nos fundos da residência de sua sogra, a qual nos levou até a gestante, sendo bem recebidas. Gestante com dezenove anos, no primeiro trimestre de gestação, casada, trabalha como autônoma, na venda de roupas. Relatou que antes de casar, ela e seu marido primeiro construíram a casa e compraram os móveis.

“Para casar, tem que ter sua própria casa e trabalhar, senão não dá... A gente construiu essa casa com bastante sacrifício, mas pelo menos agora é nossa”.

A casa era de alvenaria, muito bem organizada e limpa, possuindo todos os móveis necessários. Diz que engravidou porque parou de tomar pílula anticoncepcional, devido a uma infecção, e também por estar usando há muito tempo. Não planejaram a gravidez, mas estão contentes com a surpresa.

“A gente queria filho mais tarde, mas já que veio agora estamos contentes com a surpresa”.

Dialogamos com a gestante sobre as alterações comuns da gestação no primeiro trimestre, e as mudanças físicas que iriam ocorrer em seu corpo. Ela demonstrou vários conhecimentos sobre o processo de gestação, o que proporcionou um diálogo com troca de informações e conhecimentos, até pelo fato de ela estar vivenciando a gestação, e a gente só conhecer na teoria.

Então cada vez mais, podemos perceber a importância da prática educativa, pois concordamos com Freire (1999), quando coloca que “Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua produção ou a sua construção. Quem

ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”, contribuindo dessa forma para a humanização da assistência.

Fazia parte ainda deste objetivo participarmos e estimularmos a formação do grupo de gestantes (Foto 10).

Logo de início nos deparamos frente à primeira barreira: a estrutura física do CS, que não dispunha de espaço para esta atividade.

Partimos então para a busca de um local que proporcionasse este espaço na própria comunidade. Surgiu então o Centro Comunitário como alternativa, que após muitas discussões entre a equipe de saúde, analisou-se que quanto ao espaço seria ideal, porém a sua localização, um pouco retirado, dificultaria a participação das gestantes, que moravam em locais distantes, como o Morro do Quilombo.

Mesmo assim não desistimos, tínhamos a convicção de que haveria um lugar para estes encontros e precisávamos manter confiantes e persistentes nesta busca. Contudo, não percebíamos que a realização deste grupo de gestante era uma expectativa, uma estratégia do trabalho que estava sendo desenvolvido pelas acadêmicas de enfermagem. A formação do grupo de gestantes, “círculo de cultura”, não era algo que estava sendo vivenciado pelo grupo (gestantes, acadêmicos, equipe do CS II), pois para que isto acontecesse deveria surgir de um processo de profunda reflexão, que toma conta dos participantes, de forma que se evidencia no universo que cada um representa e apresenta. Assim, para cumprir esta estratégia persistimos na busca, e ficamos sabendo, através de clientes atendidos no CS II, a existência de um grupo de idosos, que se encontrava todas as terças e quintas-feiras à tarde no salão da Igreja da comunidade.

Surgiu assim uma esperança, uma alternativa de local para a realização do grupo.

Visitamos o grupo com a enfermeira supervisora e acadêmico de medicina, e informaram que todas as quintas-feiras reuniam-se apenas senhoras (mulheres), para conversarem enquanto fazem trabalhos manuais como bordado, crochê e outros. O grupo era bastante receptivo, muitas senhoras alegres, comunicativas e dispostas. Uma delas até brincou conosco: “ai, eu não quero tomar injeção”.

Nos apresentamos e explicamos o motivo de nossa visita. A supervisora de estágio colocou-se a disposição, se caso o grupo necessitasse conversar sobre algum

assunto relacionado a saúde. Agradeceram e informaram sobre o responsável da Igreja para um possível contato.

Constatamos que o local seria de boa aceitação para o grupo de gestantes, pois era agradável, espaçoso, arejado e limpo. Possuía espaço adequado com mesas, cadeiras e banheiros, e ficava próximo ao CS II. Ao entrar em contato com o responsável, negociou-se a disposição de todas as segundas e sextas-feiras para a realização dos encontros.

Assim, discutimos com a equipe do CS II e marcamos a data para o primeiro encontro do grupo de gestantes. Novamente percebemos que a iniciativa partia dos profissionais de saúde e não das gestantes. Foram expostos cartazes na Secretaria de Saúde e comunidade, em alguns pontos como: CS, vendas e mercearias. Também foram convidadas verbalmente as gestantes, durante as consultas e visitas domiciliares.

Primeiro Encontro – 29/11/1999 – 14 horas.

O objetivo deste primeiro encontro seria a interação entre os profissionais e as gestantes, além do levantamento de temas geradores (primeira etapa do itinerário de Paulo Freire).

Neste encontro participaram duas gestantes e dois familiares (cunhada e sobrinho – dois anos) de uma delas. Este encontro foi preparado e coordenado pelas acadêmicas de enfermagem e supervisora, não tendo participação de outros membros da equipe de saúde. Porém, estávamos com muitas expectativas para este encontro, não sabíamos se haveria participação das gestantes.

Uma das gestantes, já conhecida durante a visita domiciliar, foi informada pelo ACS, pois estava incluída na sua micro-área de atuação. Estava no primeiro trimestre de gestação, mas não realizava o pré-natal no CS, e sim no HU, pois tivera um aborto recentemente. A outra gestante estava no terceiro trimestre de gestação, e não era conhecida pela equipe. Relatou-nos que soube do grupo através dos cartazes, e que achava muito importante ter um grupo próximo a sua casa, e que participava de um grupo no centro, na Policlínica Regional, onde aprendia muitas coisas, tinha brincadeiras, sorteio de fraldas, etc. Por este motivo interessou-se em participar do grupo na comunidade.

“Assim posso vir andando, não preciso pegar ônibus, o que me deixa mal, fico enjoada”.

Após as apresentações, nome, expectativas, o que seria o grupo, realizamos uma dinâmica. Colocamos uma música suave, para facilitar a introspecção e reflexão do grupo participante. Foi solicitado ainda que o grupo desenhasse ou escrevesse no papel como se sentiam enquanto gestantes, e qual a parte do corpo que mais gostavam (anexo 1).

Ao término da dinâmica foi oferecido um lanche e conversado sobre quais os temas que gostariam de ser abordado nos próximos encontros. A partir disto, surgiram dúvidas sobre amamentação, exercícios físicos durante a gestação, cuidados com o bebê e parto.

Demonstramos e conversamos sobre o preparo das mamas para a amamentação, pois a gestante do terceiro trimestre ainda não havia sido abordada sobre essa questão durante o pré-natal. A outra gestante, porém, já conhecia os cuidados e os praticava, participando também da demonstração e discussão sobre o mesmo.

Neste momento também foi expresso pela familiar da gestante um problema sócio-econômico vivenciado por aquela família, a questão do desemprego, e a necessidade de auxílio através de políticas públicas que oportunizasse a garantia dos direitos dos cidadãos.

Sendo que esta situação temática já foi descrita anteriormente.

Encerramos o encontro convidando-as para o próximo a ser marcado e divulgado novamente através de cartazes.

Segundo Encontro – 12/11/1999.

Este encontro foi planejado e discutido com a participação da médica de família do CS.

Foram preparadas dinâmicas para a interação e apresentação das gestantes, pois acreditávamos que como o grupo ainda estava em formação, teriam gestantes novas; e para a participação das gestantes na construção do significado do processo de gestação, através de recortes de revistas e colagem.

Este encontro tinha ainda o objetivo de continuar o levantamento de temas geradores, e para finalizar fariamos exercícios de respiração e alongamento.

Neste dia, porém, fomos ao salão da Igreja (acadêmicos de medicina e enfermagem) já com a expectativa de que nenhuma gestante apareceria devido ao tempo chuvoso que fazia. Realmente este fato se consolidou.

Deixamos então o planejamento deste encontro com a equipe de saúde do posto que seria a responsável pelo andamento do grupo, pois nosso estágio chegava ao fim.

Desta forma, percebeu-se que foi importante a realização do círculo de cultura, mas há necessidade de um envolvimento da comunidade. A necessidade deve ser manifesta, deve partir da realidade dos educandos, pois do contrário as situações limites não se concretizam. Para tanto há necessidade de reflexões e estímulos, ou se buscar os verdadeiros temas geradores, pois o processo de ação-reflexão-ação é uma constante e envolve a participação de todos.



Foto 10 – Primeiro encontro do grupo de gestantes.

Consideramos esse objetivo alcançado, apesar de não ter realmente havido um trabalho interdisciplinar, por falta de conscientização dos profissionais de saúde, mas houve uma relação multidisciplinar, entre acadêmicos de medicina, acadêmicos de

enfermagem, enfermeira, médica e técnicos de enfermagem. cremos que com a realização da educação e saúde, juntamente com os pressupostos de Freire, tanto nas visitas domiciliares, quanto no atendimento à comunidade, contribuimos de alguma forma para a humanização da assistência, que acreditamos ser a peça principal para que as práticas de saúde tornem-se mais eficientes. Pois é através da educação e saúde, que se desdobram processos nos quais o indivíduo e a coletividade podem se tornar conscientes de si e de sua relação com o mundo, rompendo com a visão tradicional do processo saúde-doença, e visando a promoção da saúde, não da doença.

Objetivo 4: Aprofundar conhecimentos sobre os temas abordados no projeto, e os que emergirem durante o desenvolvimento da prática.

ESTRATÉGIAS	APRAZAMENTO	AVALIAÇÃO
a) Participar de eventos relacionados aos temas abordados no trabalho.	Durante o estágio.	Será considerado alcançado se as acadêmicas participarem de eventos relacionados aos temas propostos e os que emergirem durante o estágio.
b) Buscar aprofundamento teórico sobre os temas abordados em artigos, publicações, revistas e outros.	Durante o estágio.	Será considerado alcançado se as acadêmicas buscarem aprofundamento teórico na literatura.

Durante o nosso estágio no CS II Itacorubi, foram realizadas revisões de literatura, de assuntos dos quais tínhamos dúvidas e que emergiram durante nossa prática, como: sexualidade, planejamento familiar, puerpério, saúde da mulher e da criança. As dúvidas foram sanadas através de algumas pesquisas no material bibliográfico do próprio Centro de Saúde, além das muitas discussões sobre vários assuntos com a supervisora, tais como: humanização na assistência à saúde e práticas de educação e saúde. Estes assuntos foram retirados de artigos de jornais e revistas, e posteriormente discutidos entre a equipe de saúde, impulsionando nossa consciência crítica e dos participantes.

Como já foi mencionado, também participamos do treinamento introdutório dos ACS, o que impulsionou a nossa compreensão do real papel destes na comunidade, e a importância do PACS na prática.

No decorrer do estágio, também participamos de um curso, desenvolvido pelo programa Capital Criança, com o seguinte tema: “Treinamento em Ações da Saúde da Mulher”, ministrados na FAHECE e ACM (anexo 2). Os assuntos variaram entre pré-natal, violência contra a mulher, planejamento familiar, DST/AIDS. Tivemos a oportunidade de participar desse treinamento, devido às influências da nossa supervisora, já que foi ministrado somente para profissionais de saúde (médicos e enfermeiras) da rede básica de saúde. Consideramos de grande importância nossa

participação, já que os temas abordados estavam relacionados com o trabalho, proporcionando maiores conhecimentos, sanando dúvidas e contribuindo para que nossa prática se tornasse mais eficiente.

Houve também, de 02 a 07 de outubro a participação de uma das acadêmicas no 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10º Congresso Panamericano de Enfermería, realizado em Florianópolis, SC, com o tema central “Enfermagem: situando-se no mundo e construindo o futuro” (anexo 2).

Ao realizarmos este trabalho no CS II Itacorubi, pretendíamos inicialmente cumprir os objetivos propostos no projeto, mas a própria dinâmica do CS II e da supervisora, impulsionou o desenvolvimento de inúmeras ações, que abrange a todo o contexto da saúde comunitária. Desta forma, sentimos necessidade de aprofundar nossos conhecimentos sobre a mulher climatérica, já que nas consultas ginecológicas uma grande parte era constituída de mulheres com mais de quarenta anos. Aproveitamos então para participar do “Encontro de Atualização em Climatério e Sexualidade”, nos dias 04 e 05 de novembro de 1999, promovido por nossas colegas de graduação, através do seu trabalho de Conclusão de Curso (anexo 2).

Com esse curso aprendemos quais as melhores condutas a serem utilizadas com as mulheres no climatério, o que veio a enriquecer nossos atendimentos, pois obtivemos um maior suporte para amenizar as angústias e inquietações que surgiam nessa etapa da vida, durante as consultas.

No término do estágio, surgiu a oportunidade de participarmos da I Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família – Construindo um Novo Modelo (Foto 11) que foi realizado de 22 a 25 de novembro de 1999, no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília/DF (anexo 2).

Em relação a essa Mostra, a nossa primeira grande dúvida e angústia foi se realmente deveríamos participar, já que teríamos que passar uma semana viajando, ficando pouco tempo para escrever o relatório final do estágio. Conversamos com a orientadora, que nos incentivou, e chegamos à conclusão de que esse evento viria a contribuir com nossos conhecimentos e formação acadêmica, já que estava intimamente relacionado com a temática do trabalho final da graduação em Enfermagem.

Neste evento, tivemos a oportunidade de participarmos, na cerimônia de abertura, do pronunciamento do Ministro da Saúde José Serra sobre os novos rumos e importância da estratégia da Saúde da Família para a reorganização do Sistema de Saúde.

Presenciamos também da encenação da peça teatral “Ciranda”, escrita pelo autor Alencar Pimentel, e dirigida por Hugo Rodas, do Instituto de Arte da Universidade de Brasília, cujo objetivo foi encenar o papel do ACS na comunidade, demonstrando os costumes e crenças de várias regiões do Brasil.

A Primeira Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família teve como objetivo mover o intercâmbio de experiências e reflexões sobre a Saúde da Família, mediante a apresentação de trabalhos de municípios e de instituições de ensino e pesquisa que se dedicam a essa temática no país. Foi também um momento importante de sistematização do acervo de tecnologias desenvolvidas pelas equipes, e de identificação dos principais desafios e possíveis soluções ao desenvolvimento do PSF como eixo reestruturante da atenção básica de saúde no Brasil e de reformulação do atual modelo de saúde.

Das vinte e sete unidades federadas, dezenove encaminharam trabalhos, sendo que 66% destes foram produzidos por serviços Municipais de Saúde e 34% por instituições de ensino e pesquisa.

Foram registrados também vinte e um trabalhos, elaborados por Coordenações Estaduais/Regionais do PACS-PSF, os quais, por deliberação da comissão científica, foram apresentados durante a realização da I Mostra, nos stands dos estados. (Fonte: Livro de resumos da I Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, 1999, Brasília/DF).

Os trabalhos selecionados, foram apresentados sob forma de mesa redonda, painéis, comunicações coordenadas e sessões de posters interativos, distribuídos em três blocos temáticos: atenção, gestão e recursos humanos.

Outras formas de apresentação foram também realizadas, tais como: exposições do registro histórico da trajetória dos ACS, nas diversas realidades das regiões brasileiras, exposições com painéis informativos, enfocando as principais ações de organização da atenção básica nos sistemas locais de saúde, através das estratégias

ACS e Saúde da Família. Além disso, houve lançamentos de livros e publicações, e realizações de tendas dinâmicas, que visavam trabalhar com os potenciais dos participantes, como a criatividade, a aptidão, a relação e o propósito, com o fim de instrumentalizá-los a uma prática de atuação nas causas que inibem o desenvolvimento de suas atividades. Cada tenda recebia um nome de acordo com o tema ao qual estava relacionado: Gênesis (criatividade), Eureka (aptidão), Tear (comunicação interpessoal) e Fênix (constância de propósitos).

Este evento foi uma iniciativa do Ministério da Saúde, Coordenação da Atenção Básica COSAC, o que veio a reforçar a prioridade de investimento em Saúde da Família como estratégia para estruturar as ações e serviços de atenção básica.



Foto 11 – I Mostra Nacional em Saúde da Família

Acreditamos que esse objetivo foi alcançado, porque as revisões de literatura, as discussões com a supervisora e equipe de saúde, a nossa participação em eventos ligados à temática, que emergiu durante o estágio, nos proporcionou “olhares críticos” sobre as práticas de saúde. Compreendemos também a importância e necessidade da atualização constante nas diversas temáticas, principalmente no trabalho de saúde comunitária, contribuindo assim para a promoção e prevenção da saúde da comunidade.

Concordamos com Freire (1993), que diz: “a educação é percebido como um processo de caráter permanente, dinâmico e inacabado de descoberta, no qual o homem deve ser o sujeito de sua própria educação. Uma educação que perceba que não há saber nem ignorância absoluta. Uma educação em que o educador se coloque na posição humilde daquele que comunica um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo”.

Objetivo 5: Traçar perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de enfermagem.

ESTRATÉGIAS	APRAZAMENTO	AVALIAÇÃO
a) Elaborar instrumento para levantamento dos dados.	Na primeira semana de setembro.	Será considerado alcançado se for elaborado um instrumento para o levantamento de dados.
b) Aplicar o instrumento com as gestantes atendidas durante a consulta de enfermagem.	Durante o estágio.	Será considerado alcançado se for aplicado o instrumento com as gestantes.
c) Analisar os dados levantados durante o estágio.	Ao término do estágio.	Será considerado alcançado se for analisado os dados levantados durante o estágio.

O primeiro passo para a realização deste objetivo foi elaborarmos um instrumento para coleta de dados (anexo 3), para que através dele pudéssemos realizar a pesquisa e avaliar o perfil destas gestantes, já que o objetivo principal do nosso trabalho era trabalhar com este grupo específico.

A idéia inicial era de realizarmos essa pesquisa com as gestantes atendidas nas consultas de enfermagem. Contudo, durante o desenvolvimento de nossa prática, tivemos dificuldade em realizar consultas com as gestantes (até por falta de espaço físico, devido à presença dos acadêmicos de medicina), por este motivo resolvemos anotar o nome de todas as gestantes atendidas pelos acadêmicos de medicina, com o propósito de serem realizadas visitas domiciliares.

Tivemos bastante dificuldade para realizarmos as visitas domiciliares, já que a maioria dos endereços contidos nos prontuários estavam incorretos e/ou incompletos, dificultando sua localização. Porém nossa determinação impulsionou a superação destas dificuldades, e mesmo tendo que enfrentar caminhos íngremes e condições de tempo desfavoráveis, conseguimos realizar as visitas e aplicar o questionário proposto.

Durante as entrevistas, procuramos respeitar os princípios pedagógicos de Paulo Freire, dialogando durante todos os momentos, e identificando as condições de vida relatadas.

Assim, nas visitas domiciliares foi possível não só desvelar a realidade, mas realizar assistência de enfermagem à gestante e sua família.

Nestas consultas domiciliares, dialogou-se sobre diversos temas relacionados à gestação, à família, bem como os medos, angústias e dúvidas em torno da gestação. Aproveitamos também para dialogar sobre questões como planejamento familiar, amamentação, preparação para o parto e outros temas que emergissem durante o diálogo. Neste sentido, percebemos que os princípios da educação e saúde eram evidenciados e respeitados. As crenças e valores até então ocultos surgiram com maior ênfase, respeitando assim os princípios de Paulo Freire.

Vale ressaltar que houve também respeito aos princípios éticos, pois a todas as gestantes abordadas era explicado a finalidade do questionário, e solicitado permissão para a realização das entrevistas, explicando que a pesquisa seria sigilosa, preservando o nome dos entrevistados.

Na coleta de dados houve boa aceitação das entrevistadas, totalizando treze gestantes, na faixa etária de 17 a 42 anos. O local para a realização da pesquisa variou entre o CS II Itacorubi e moradia das gestantes, sendo que o tempo de duração destas entrevistas foi em média trinta minutos.

A seguir descreveremos sob forma de tabelas os dados coletados durante o contato com as gestantes do Itacorubi, ao longo de nossa prática.

Tabela 1: Incidência de gestantes da comunidade do Itacorubi, segundo faixa etária, setembro a novembro de 1999.

Idade	Número de Gestantes	Porcentagem (%)
17	02	15,4
18	01	7,7
19	03	23,1
20	01	7,7
24	01	7,7
25	01	7,7
27	01	7,7
28	01	7,7
33	01	7,7
42	01	7,7
TOTAL	13	100,0

Fonte: Dados coletados pelas acadêmicas durante o estágio.

ANÁLISE: Através dos dados acima podemos observar que mais da metade das gestantes (53,9%) tem idade entre 17 e 20 anos, ou seja, há uma grande incidência de gravidez na adolescência, considerando-se que para Duncan et al (1990), “a adolescência corresponde a um período longo do desenvolvimento humano, que se estende dos 10 aos 20 anos de idade...”. Ainda segundo o autor: “o atendimento da gestante adolescente requer uma equipe multiprofissional, composta de psicólogo, assistente social, enfermeiro, nutricionista e médico, profissionais que devem ter empatia por esta problemática”. Observamos então uma disparidade entre a assistência preconizada pela literatura e a capacidade efetiva de oferta dos serviços públicos de saúde à comunidade; pois mesmo com a Estratégia de Saúde da Família, as unidades básicas de saúde não dispõem de uma equipe multiprofissional que contemple com todos aqueles profissionais, deixando assim uma lacuna no atendimento integral à gestante adolescente, bem como da comunidade em geral.

Além disso, este dado reflete a situação de vida precária, baixa escolaridade e falta de planejamento familiar no universo destas famílias. A situação sócio-econômica que vivem a maioria das famílias brasileiras contribuem, em muitos casos, para condições de vida desfavoráveis, o que pode levar à diversas conseqüências, sendo uma delas a gravidez indesejada, como na adolescência, fruto de políticas públicas inadequadas e a grande parcela de populações periféricas. Isto reflete-se claramente no Itacorubi.

Podemos observar ainda que a idade das gestantes constitui um fator de risco gestacional apenas em um caso, considerando que para Duncan et al (1990), “a idade materna menor que 16 anos ou maior que 35 anos constitui um fator biopsicossocial dentre os fatores de risco gestacional”.

Tabela 2: Idade da primeira gestação das gestantes da comunidade do Itacorubi, setembro a novembro de 1999.

Idade	Número de Gestantes	Porcentagem (%)
14	01	7,7
15	01	7,7
16	02	15,4
17	01	7,7
18	02	15,4
19	02	15,4
20	01	7,7
22	01	7,7
24	01	7,7
28	01	7,7
TOTAL	13	100,0

Fonte: Dados coletados pelas acadêmicas durante o estágio.

ANÁLISE: Os dados acima vêm reforçar ainda mais os resultados da Tabela 1.

Observa-se que a maioria das gestantes (76,9%) está grávida ou engravidou pela primeira vez durante a adolescência.

Conforme Duncan et al (1990), “o aumento do número de gestações em adolescentes vem preocupando as autoridades na área da saúde, em virtude de suas conseqüências. Este aumento se deve a vários fatores, incluindo início puberal mais precoce, mudança na conduta sexual dos jovens, desinformação sobre anticoncepção e fisiologia da mulher, além dos aspectos familiares, psicológicos, sócio-econômicos e culturais... A mortalidade materna e incidência de toxemia, anemia, infecções e complicações obstétricas é maior nas gestações em adolescentes quando comparada com gestações em mulheres adultas. No Brasil, no ano de 1981, a mortalidade materna de mulheres adolescentes entre 15 e 19 anos foi estimada em 85,3 por 100.000 nascidos vivos, e a de menores de 15 anos em 278,9 por 100.000. A demasiada mortalidade materna na adolescência poderia ser evitada por uma melhoria do nível de vida das populações e com medidas preventivas e de proteção da saúde do adolescente”.

Tabela 3: Grau de escolaridade das gestantes da comunidade do Itacorubi, setembro a novembro de 1999.

Escolaridade	Número de Gestantes	Porcentagem (%)
Primário	04	30,8
1º grau incompleto	02	15,4
1º grau completo	02	15,4
2º grau incompleto	04	30,8
2º grau completo	01	7,7
3º grau incompleto	00	0,0
3º grau completo	00	0,0
Analfabeto	00	0,0
TOTAL	13	100,0

Fonte: Dados coletados pelas acadêmicas durante o estágio.

ANÁLISE: Constatamos um grau variado na escolaridade das gestantes do Itacorubi, porém não ultrapassando o 2º grau completo.

Apesar do nível de escolaridade não ser alto, todas as gestantes que participaram da pesquisa são alfabetizadas, não havendo nenhuma analfabeta. Porém, este dado reflete novamente que a baixa escolaridade contribui para uma diminuição das condições gerais de saúde da gestante, principalmente quando o nível de informação tende a ser deficitário. Há necessidade de transformações estruturais na sociedade, principalmente com relação a distribuição dos rendimentos, escolarização, habitação, nutrição, entre outros fatores econômicos, ocasionando assim forte impacto sobre a saúde materna-infantil.

Tabela 4: Estado civil das gestantes da comunidade do Itacorubi, setembro a novembro de 1999.

Estado Civil	Número de Gestantes	Porcentagem (%)
Solteira	00	00,0
Casada	07	53,8
Separada	00	00,0
Viúva	00	00,0
União Estável	06	46,2
TOTAL	13	100,0

Fonte: Dados coletados pelas acadêmicas durante o estágio.

ANÁLISE: Podemos observar que a maioria das gestantes, cerca de 53,8%, eram casadas, sendo que os 46,2% restantes apresentavam uma união estável. Constatamos que não houve casos de gestantes solteiras, ou em que o companheiro não assumiu a paternidade, ou não ficou sabendo da gravidez, nem casos de gestantes separadas ou viúvas.

Tabela 5: Profissões exercidas pelas gestantes da comunidade do Itacorubi, setembro a novembro de 1999.

Profissões	Número de Gestantes	Porcentagem (%)
Auxiliar de cozinha	01	7,7
Auxiliar de escritório	01	7,7
Auxiliar de massa	01	7,7
Auxiliar de serviços gerais	01	7,7
Operadora de caixa	01	7,7
Vendedora autônoma	01	7,7
Dona de casa	07	53,8
TOTAL	13	100,0

Fonte: Dados coletados pelas acadêmicas durante o estágio.

ANÁLISE: Os dados desta tabela nos revelam as mais variadas profissões nas quais atuam algumas gestantes do Itacorubi. Porém o que chama a atenção é que a maioria das gestantes entrevistadas, cerca de 53,8%, não trabalha fora de casa, atuando como donas de casa. A falta de qualificação profissional destas mulheres surge como um fato a ser melhor investigado e trabalhado, a fim de desvelar se constitui um problema e/ou necessidade para estas mulheres.

Entretanto, a participação das mulheres no mercado de trabalho tem contribuído para o aumento da renda familiar. Na verdade, este dado tende a refletir as condições de desemprego que vive a maioria da população, ocasionando uma limitação aos serviços essenciais, saneamento, serviços de saúde, escolas, etc.

Tabela 6: Índice de gravidez planejada das gestantes/família da comunidade do Itacorubi, setembro a novembro de 1999.

Gravidez planejada (desejada)	Número de Gestantes	Porcentagem (%)
Sim	06	46,2
Não	07	53,8
TOTAL	13	100,0

Fonte: Dados coletados pelas acadêmicas durante o estágio.

ANÁLISE: Podemos ver através desta tabela que mais da metade das gestantes/famílias, cerca de 53,8% dos casos, não planejaram a gravidez.

Percebemos assim que há um grande déficit em termos do planejamento familiar.

Conforme descreve Duncan et al (1990), “o ideal seria prevenir a gravidez indesejada. Para tal, é necessário investir intensamente na educação sexual nas famílias e nas escolas, além de garantir o acesso aos métodos anticoncepcionais eficazes para todas as mulheres que desejarem. Assim, elas poderão engravidar no momento que considerarem mais adequado”.

Ainda é importante salientar que embora a maioria das gestações não tenham sido planejadas, as gestantes e suas famílias relataram boa aceitação em relação a gravidez.

Tabela 7: Número de gestantes da comunidade do Itacorubi que utilizavam algum método contraceptivo, setembro a novembro de 1999.

Uso de MAC	Número de Gestantes	Porcentagem (%)
Sim	09	69,2
Não	04	30,8
TOTAL	13	100,0

Fonte: Dados coletados pelas acadêmicas durante o estágio.

ANÁLISE: Constatamos que a grande maioria das gestantes, 69,2%, faziam uso de algum método anticoncepcional. Porém consideramos ainda alto o índice de gestantes que não utilizava nenhum método contraceptivo, cerca de 30,8% dos casos. O não uso de métodos contraceptivos muitas vezes se dá pelo desconhecimento dos mesmos e de como utilizá-los. Consideramos que as políticas de saúde devem enfatizar o planejamento familiar em todas as oportunidades, inclusive com o fornecimento de métodos contraceptivos.

Tabela 8: Métodos contraceptivos mais utilizados pelas gestantes da comunidade do Itacorubi, setembro a novembro de 1999.

MAC usado	Número de Gestantes	Porcentagem (%)
Anticoncepcional oral	06	66,7
Anticoncepcional injetável	01	11,1
Preservativo (condon)	02	22,2
TOTAL	09	100,0

Fonte: Dados coletados pelas acadêmicas durante o estágio.

ANÁLISE: Podemos verificar que dentre as gestantes que utilizavam algum método anticoncepcional, o método mais usado é o anticoncepcional oral ou pílula anticoncepcional, por cerca de 66,7% das gestantes entrevistadas. Ficando em segundo lugar o uso do preservativo, ou conhecido popularmente como camisinha. Vale ainda salientar que estes dois métodos (além de outros como DIU, por exemplo) são encontrados e fornecidos no CS II da comunidade, garantindo assim o acesso gratuito aos mesmos, bem como orientações sobre seu uso.

Tabela 9: Número de gestações das gestantes da comunidade do Itacorubi, setembro a novembro de 1999.

Número de gestações	Número de Gestantes	Porcentagem (%)
01	05	38,0
02	03	23,1
03	02	15,4
04	01	7,7
05	02	15,4
TOTAL	13	100,0

Fonte: Dados coletados pelas acadêmicas durante o estágio.

ANÁLISE: Verificamos que grande parte das gestantes, 38%, são primigestas; 23,1% são secundigestas; 15,4% são tercigestas, enquanto 23,1% são multigestas.

Pelo fato da maioria das gestantes serem ainda adolescentes, muitas estão na primeira gravidez, ou seja, são primigestas, ou ainda “mães de primeira viagem”.

Tabela 10: Número de filhos das gestantes/famílias da comunidade do Itacorubi, setembro a novembro de 1999.

Número de filhos	Número de gestantes	Porcentagem (%)
00	07	53,8
01	03	23,1
02	00	00,0
03	01	7,7
04	01	7,7
05	01	7,7
TOTAL	13	100,0

Fonte: Dados coletados pelas acadêmicas durante o estágio.

ANÁLISE: Podemos constatar que a grande maioria das gestantes, 53,8%, aguardam a chegada do primeiro filho.

Sendo assim, era bastante comum as dúvidas, medos e inseguranças em relação aos cuidados com o recém-nascido, tornando-se de grande importância as orientações e esclarecimentos em relação a estes cuidados, que a equipe de saúde deve trocar com estas gestantes.

Tabela 11: Renda mensal das famílias das gestantes da comunidade do Itacorubi, setembro a novembro de 1999.

Renda mensal familiar	Número de famílias	Porcentagem (%)
Menos de um salário mínimo	01	7,7
Um a dois salários mínimos	01	7,7
Três a cinco salários mínimos	10	77,0
Mais de cinco salários mínimos	01	7,7
TOTAL	13	100,0

Fonte: Dados coletados pelas acadêmicas durante o estágio.

ANÁLISE: Verificamos que a grande maioria, cerca de 77% das famílias das gestantes tem renda mensal entre 3 a 5 salários mínimos, o que pode ser caracterizado como uma renda baixa.

Considerando que, constitucionalmente o salário mínimo deve garantir ao cidadão condições dignas de moradia, alimentação, saúde, educação, transporte e lazer, podemos dizer que a renda destas famílias é relativamente precária para garantir estas condições. A obtenção de uma renda adequada para a sobrevivência, constitui-se de uma condição essencial, um pré-requisito para que a população obtenha melhor qualidade de vida.

Tabela 12: Residência das gestantes da comunidade do Itacorubi, segundo tipo de construção, setembro a novembro de 1999.

Casa onde reside	Número de gestantes	Porcentagem (%)
Madeira	02	15,4
Alvenaria	09	69,2
Mista	02	15,4
TOTAL	13	100,0

Fonte: Dados coletados pelas acadêmicas durante o estágio.

ANÁLISE: A grande maioria das gestantes e suas famílias, cerca de 69,2% dos casos, moram em casa de alvenaria, 15,4% em casa de madeira e outros 15,4% em casa mista, ou seja, de alvenaria e madeira.

Com as pesquisas realizadas no CS não foi possível as observações das condições de moradia das gestantes, porém, nas visitas realizadas, foram observadas variadas condições de moradia, desde casas precárias e sem infra-estrutura, até casas realmente com padrões ótimos de infra-estrutura.

Tabela 13: Tipo de residência das gestantes da comunidade do Itacorubi, segundo propriedade da mesma, setembro a novembro de 1999.

Casa onde reside	Número de gestantes	Porcentagem (%)
Própria	10	76,9
Alugada	00	00,0
Outros	03	23,1
TOTAL	13	100,0

Fonte: Dados coletados pelas acadêmicas durante o estágio.

ANÁLISE: Observamos ainda que nenhuma das gestantes e suas famílias necessitam pagar aluguel, sendo que 76,9% moram em casa própria, e 23,1% moram em uma das seguintes situações: com os sogros, em casa cedida por amigos ou cuidam de uma casa.

Contudo, observamos que as gestantes que viviam no Morro do Quilombo apresentavam condições de moradia inferior, em relação às que não habitavam esta região, provavelmente devido à migração, que é uma prática típica dessa localidade.

Tabela 14: Número de pessoas que residem na casa das gestantes, e vivem da renda familiar mensal, das famílias da comunidade do Itacorubi, setembro a novembro de 1999.

Número de pessoas que residem na casa	Número de gestantes	Porcentagem (%)
Até três	09	69,2
Quatro a cinco	01	7,7
Seis a oito	03	23,1
Mais de oito	00	00,0
TOTAL	13	100,0

Fonte: Dados coletados pelas acadêmicas durante o estágio.

ANÁLISE: A grande maioria das famílias das gestantes constitui-se apenas pelo casal, sendo assim, 69,2% moram em até três pessoas por residência e sobrevivem de uma renda mensal, de 3 a 5 salários mínimos. Ainda, em cerca de 23,1% dos casos, o número de pessoas que residem na casa das gestantes/famílias é de 6 a 8 pessoas.

Tabela 15: Número de gestantes/famílias da comunidade do Itacorubi que dispõem da distribuição de energia elétrica, setembro a novembro de 1999.

Possuem energia elétrica	Número de gestantes	Porcentagem (%)
Sim	13	100,0
Não	00	00,0
TOTAL	13	100,0

Fonte: Dados coletados pelas acadêmicas durante o estágio.

ANÁLISE: Constatamos que todas as residências das gestantes/famílias entrevistadas dispõem da distribuição de energia elétrica, fornecida pela CELESC.

Tabela 16: Número de gestantes/famílias da comunidade do Itacorubi que dispõem de abastecimento de água tratada, setembro a novembro de 1999.

Possuem água tratada	Número de gestantes	Porcentagem (%)
Sim	10	76,9
Não	03	23,1
TOTAL	13	100,0

Fonte: Dados coletados pelas acadêmicas durante o estágio.

ANÁLISE: A grande maioria das residências das gestantes/famílias (76,9%) dispõem de abastecimento de água tratada, fornecida pela CASAN, enquanto 23,1% ainda tem a cachoeira como fonte de abastecimento de água, ou seja, a qualidade desta água provavelmente não recebe tratamento adequado, podendo trazer danos à saúde destas pessoas.

Tabela 17: Número de domicílios/gestantes, segundo o destino do esgoto, setembro a novembro de 1999.

Rede de esgoto	Número de gestantes	Porcentagem (%)
Fossa séptica	11	84,6
Céu aberto	01	7,7
Rede pluvial	01	7,7
TOTAL	13	100,0

Fonte: Dados coletados pelas acadêmicas durante o estágio.

ANÁLISE: Verificamos que 84,6% das gestantes/famílias dão destino adequado ao esgoto, tendo em seus domicílios fossa séptica. Porém ainda há casos em que o esgoto fica a céu aberto (7,7%) e vai para a rede pluvial (7,7%).

Este dado, porém, necessita ser maior investigado, pois não há um sistema de esgoto adequado na maioria das residências do Itacorubi.

Tabela 18: Índice de gestantes da comunidade do Itacorubi, segundo consumo de álcool, fumo e outros (drogas e/ou medicamentos), setembro a novembro de 1999.

Faz uso de	Número de gestantes	Porcentagem (%)
Álcool	00	00,0
Fumo	00	00,0
Outros	00	00,0
Não	13	100,0
TOTAL	13	100,0

Fonte: Dados coletados pelas acadêmicas durante o estágio.

ANÁLISE: Todas as gestantes entrevistadas negaram uso de álcool, fumo e outras drogas e/ou medicamentos. Isto é um ponto positivo para a saúde destas gestantes e seus bebês, visto que estas substâncias podem apresentar efeitos deletérios e teratogênicos ao feto.

Consideramos que este objetivo foi alcançado, pois elaboramos um instrumento para levantamento dos dados sócio-epidemiológicos das gestantes. Este instrumento foi aplicado durante as consultas de enfermagem, visitas domiciliares e grupo de gestantes, ao término da pesquisa os dados foram analisados.

Consideramos que não houve participação das gestantes pesquisadas, na análise dos dados, entendemos que os mesmos deverão ser devolvidos e discutidos com as mesmas e com a equipe de saúde do CS II Itacorubi.

Com a identificação do perfil sócio/epidemiológico das gestantes da comunidade do Itacorubi, percebeu-se a alta incidência de gravidez na adolescência. Para Duncan et al (1990), “a gravidez, que envolve um conjunto de fenômenos complexos a nível biopsicossocial, passa a ser uma situação de maior exigência orgânica e emocional quando ocorre na adolescência. As influências do ciclo gravídico-

puerperal na adolescente trazem como consequência um prejuízo nas aspirações pessoais com maior deserção escolar, interrupção da expectativa de uma atividade profissional, dificuldades no relacionamento familiar e indução a um casamento precoce”. E ainda, que “o estudo da relação entre padrão sócio-econômico e cultural e saúde materno-infantil nas diversas comunidades é muito importante para o estabelecimento de metas e diretrizes adequadas a cada realidade social”.

6.1. AS ATIVIDADES NÃO PLANEJADAS E REALIZADAS

Durante o período de desenvolvimento do estágio, nos momentos em que não estávamos desenvolvendo atividades referentes aos objetivos do nosso trabalho, tivemos a oportunidade de aperfeiçoar nossas habilidades, desenvolvendo as seguintes ações de enfermagem:

⇒ Realização de consultas ginecológicas¹¹, com coleta de material para exame preventivo de colo uterino e exame de mamas, sendo que foram realizadas aproximadamente 20 consultas ginecológicas, no decorrer do estágio. Houve durante as consultas, a realização de atividades educativas, cuja necessidade da realização dessa prática, surgiu em virtude da abordagem em saúde comunitária.

Exemplo de SOAP:

S – Paciente veio ao CS II acompanhada de dois filhos menores, para a realização do exame preventivo. Tem 23 anos, casada e reside na Rua da Represa. Trabalha à noite, como ajudante de cozinha. Possui 4 filhos, e amamenta os dois menores (1a e 7m e 6m de idade). Relata que nunca realizou preventivo. Está tomando Micronor e não menstruou ainda após a gravidez. Questionou sobre a ausência da menstruação. Não tem queixas e relata que gostaria de usar DIU para evitar a gravidez.

O – À palpação, mamas simétricas, sem nódulos aparentes, e com presença de leite materno. Ao exame especular, mucosa vaginal rosada. Grande quantidade de

¹¹ As consultas de enfermagem seguiram o roteiro utilizado na Disciplina Atenção Primária à Saúde (4ª fase), adequando-o aos pressupostos do referencial teórico adotado neste trabalho.

secreção vaginal fisiológica. Teste de Schiller positivo. Colo uterino com presença de área hiperemiada.

A – Amenorréia, devido à lactação. Presença de ectopia em colo uterino, provavelmente de origem hormonal, devido ao uso de pílula. Cliente necessita realizar desmame do filho de 1 ano, e pode continuar a amamentar o de 6 meses. Teste de Schiller positivo. Preocupada quanto ao seu planejamento familiar.

P – Dialogado sobre normalidade da amenorréia.

- Estimulado desmame e amamentação.
- Conversado sobre possível causa da ectopia e sobre possibilidade de realização de banho de assento com chá de malva.
- Dialogado sobre a importância da realização de exame preventivo anualmente e sobre retorno para busca do resultado.
- Discutido sobre o uso do DIU.

⇒ Consultas de enfermagem¹² à puérpera, acompanhando a evolução do seu estado geral.

Exemplo de SOAP – 25/10/1999:

S – Puérpera relata que veio realizar consulta que já havia sido agendada. Realizou o pré-natal na maternidade Carmela Dutra, tendo realizado, segundo ela, mais de cinco consultas. Diz que não recebeu vacina antitetânica em nenhuma das três gestações, sendo que os outros dois pré-natais anteriores, foram feitos no HU. Relata que pretende amamentar até os seis meses, e se for possível por até mais tempo. Diz que na outra gestação teve inflamação na mama direita, e que para retirar o pus, furou com uma agulha, indo em seguida ao HU, porque começou a sangrar. Mesmo com infecção, continuou a amamentar. Está se alimentando normalmente (arroz, feijão, carne), e diz estar ingerindo cerca de três copos de líquido por dia. Está fazendo pouco repouso, porque cuida da casa e dos três filhos sozinha, pois seu parceiro trabalha o dia inteiro, e

¹² As consultas de enfermagem seguiram o roteiro utilizado na Disciplina Atenção Primária à Saúde (4º fase), adequando-o aos pressupostos do referencial teórico adotado neste trabalho.

somente à noite a auxilia nos cuidados com as crianças. Relata estar descendo pequena quantidade de sangue (que está diminuindo), e que quando amamenta sente cólica fraca.

O – Oitavo dia de puerpério. Mamas sem alterações, mamilos protusos, com presença de área hiperemiada no mamilo direito, mas sem presença de fissura. À palpação, útero abaixo da cicatriz umbilical. Sutura da episiotomia sem secreção, ou sinais de sangramento. Bebê com boa pega e boa sucção. Sem imunização da Rubéola e Tétano. PESO – 59,500kg T – 37° C PA – 110x60mmHg.

A – Puérpera tranqüila e pouco comunicativa. Boa evolução do estado geral. Sutura da episiotomia em bom processo de evolução. Mamilo direito com início de hiperemia, provavelmente devido à falta de preparo da mama durante a gestação. Não tomou vacina contra tétano, em nenhuma das três gestações, desconhecendo a importância dessa vacina. SU dentro da normalidade.

P – Conversado sobre prevenção de fissura mamilar e de ingurgitamento mamário.

- Mostrado a importância de uma alimentação com frutas, vegetais, e a ingestão de líquidos.
- Reforçada a importância da amamentação exclusiva até os seis meses, e a não exclusiva após.
- Dialogado sobre a possibilidade de obter ajuda nos afazeres domésticos e com o bebê, para que possa ter um pouco mais de repouso.
- Dialogado também sobre qual método iria usar para evitar futura gravidez. Realizado vacina anti-rubéola.

⇒ Consultas de enfermagem¹³ no planejamento familiar, dialogando e mostrando as várias alternativas para evitar uma futura gravidez, e deixando a critério do paciente qual método optar.

Exemplo de falas do paciente, durante as consultas:

“Eu queria por DIU, mas nem sei direito o que é.”

¹³ As consultas de enfermagem seguiram o roteiro utilizado na Disciplina Atenção Primária à Saúde (4ª fase), adequando-o aos pressupostos do referencial teórico adotado neste trabalho.

“A minha médica me receitou injeção anticoncepcional, mas eu não confio nessa injeção.”

“Meu marido não gosta de usar camisinha e eu não posso tomar pílula.”

“Quem tem que saber colocar a camisinha é ele.”

⇒ Consulta de enfermagem à criança, avaliando e prestando assistência de enfermagem, conforme necessário.

⇒ Acompanhamento dos recém-nascidos e demais crianças à sala de vacinação, para a realização de primeiras vacinações, teste do pezinho, assim como outras vacinas necessárias.

⇒ Realização de triagens para encaminhamento à consultas, tanto de crianças quanto de adultos.

⇒ Participação na Campanha Nacional de Multivacinação, promovida pela Secretaria de Saúde, no dia 16 de outubro, tendo realizado a vacina Sabin (Fotos 12 e 13).



Foto 12 – Campanha Nacional de Multivacinação

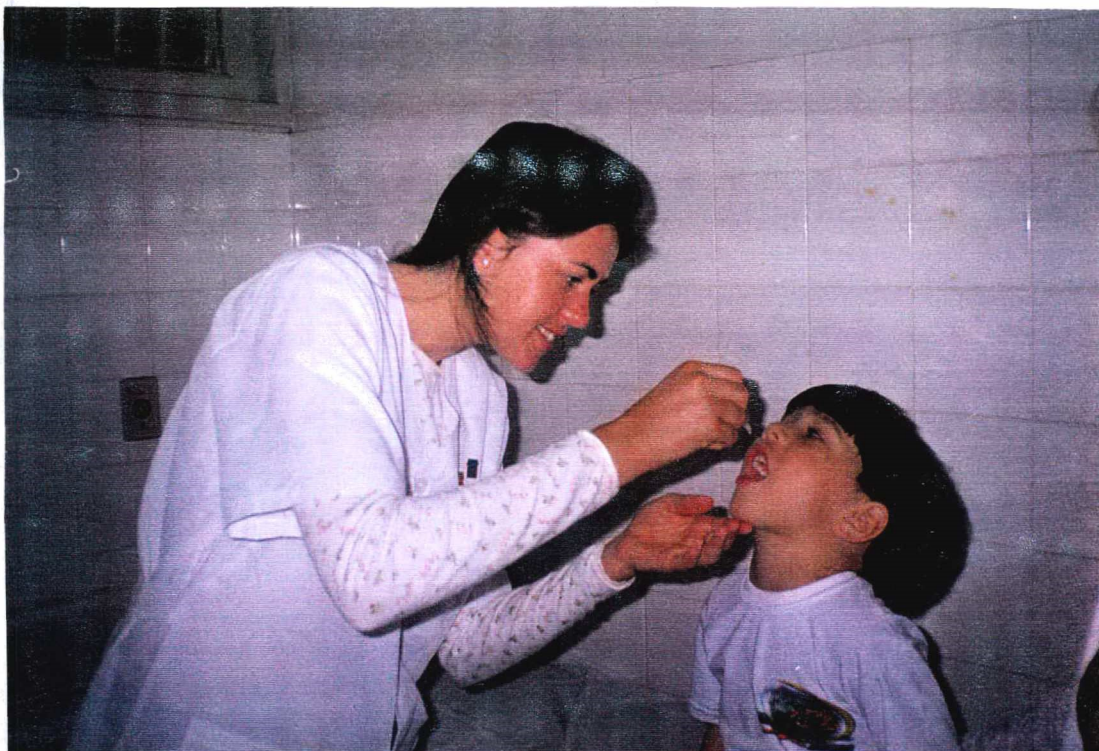


Foto 13 – Campanha Nacional de Multivacinação

⇒ Realização de visitas domiciliares ao idoso e à puérpera e suas famílias, para a realização de curativos, acompanhamento do estado geral e encaminhamentos, juntamente com supervisora e acadêmicos de medicina.

⇒ Participação no preparo de materiais, como confecção de pacotes de curativo, gaze, confecção de torundas, além de auxiliar na lavagem e esterilização de materiais utilizados no CS II.

⇒ Realização de procedimentos gerais do CS, como verificação de P.A., curativo, injeções e retirada de pontos.

⇒ Participação da gincana sobre o tema “A importância do aleitamento materno”, juntamente com o nutricionista e equipe de enfermagem, promovida pelo CS II Itacorubi, na semana do Aleitamento Materno (01 a 07 de outubro). Inicialmente foram distribuídas as tarefas para todas as turmas da Escola Básica Municipal Vitor

Miguel do bairro Itacorubi, que se constituía em produzir um painel com o tema “A importância do aleitamento materno” (Fotos 14 e 15).Após duas semanas os cartazes foram recolhidos, e avaliados por nós e pelo nutricionista, expondo os painéis vencedores no CS II Itacorubi. Foi então feita a distribuição dos prêmios para os vencedores no CS II Itacorubi. Foi então feita a distribuição dos prêmios para os vencedores (Foto 16). Na verdade houve premiação para todos os participantes. Os vencedores receberam uma caixa de lápis de cor, um lápis preto e um quebra-cabeça (anexo 4). Os demais participantes receberam pelo menos um prêmio dos acima descritos.



Foto 14 – Painel sobre “A Importância do Aleitamento Materno”.



Foto 15 – Painel sobre “A Importância do Aleitamento Materno”.



Foto 16 – Distribuição dos prêmios para os vencedores da gincana.

⇒ Participação da Campanha de Combate ao Piolho, realizada na Escola Básica Municipal Vitor Miguel do bairro Itacorubi. A preocupação em realizar um trabalho educativo com as crianças, surgiu quando uma funcionária da escola entrou em contato com o CS II à procura de algum remédio para combater o piolho, que segundo ela estava ocorrendo um surto na escola. Dialogamos, então, sobre essa problemática, juntamente com a supervisora, e achamos que a melhor forma de combater o piolho seria primeiramente realizar um trabalho educativo com as crianças, conscientizando-as do que é o piolho, qual o modo de transmissão e as maneiras de evitá-lo. Fomos dialogar sobre o piolho em todas as turmas da escola, percebendo a diferença da aceitação da problemática entre as crianças e entre os adolescentes. As crianças aceitavam a problemática de forma natural:

“Minha mãe disse que estou cheia de ovinho”.

“Quando minha cata os piolho e mata, faz um barulhinho esquisito”.

“Quando a gente tem piolho, a cabeça coça”.

Já os adolescentes, sentiam vergonha de admitir frente aos colegas que poderiam estar com piolho:

“Eu nunca vou ter piolho, eu tomo banho”.

“Piolho só pega quem é porco”.

Após a realização desse trabalho educativo, todas as crianças e adolescentes foram orientadas a falar para os pais procurarem o CS II, caso houvessem pego piolho, para que pudessem pegar gratuitamente remédio, recebendo então as devidas orientações de como usá-lo. A resposta foi surpreendente, durante toda aquela semana vários pais de crianças da escola chegaram ao CS II, à procura de remédio, demonstrando interesse na saúde dos filhos.

Vale destacar, que todas essas atividades realizadas não foram planejadas, mas que se fazem necessárias para se obter uma visão ampla da saúde comunitária.

Em todos os momentos procuramos usar uma educação dialógica e participativa, respeitando o indivíduo como ser humano único, seguindo os pressupostos de Freire.

No início do estágio, tivemos um pouco de dificuldade na realização das práticas de saúde comunitária, pelo fato de não termos tido uma visão mais ampla, durante todo o curso de graduação. Isso nos motivou a ir em busca de novos conhecimentos, o que contribuiu muito para a nossa formação.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste projeto serviu-nos para fortalecer tanto teoricamente quanto na nossa prática assistencial, proporcionando conhecimentos e experiências não só no cuidado com a gestante, mas de toda a comunidade. Possibilitou, ainda, uma visão bastante ampla, no que se refere à saúde comunitária.

Os momentos de vivência durante o estágio, ajudaram-nos a colocar em prova nossas próprias limitações, ou seja, não se deixar ser induzido pela educação “bancária”, contrariando dessa forma, a proposta do nosso trabalho. Também aprendemos a lidar com nossas frustrações em determinadas circunstâncias, principalmente perante às situações de vida de algumas clientes, famílias e comunidade.

No decorrer da prática assistencial, descobrimos a importância de ter seguido um marco referencial para direcionar a prática. Sentimos um pouco de dificuldade em seguir o referencial teórico de Paulo Freire, por pregar uma “educação libertadora”, participativa e dialógica, já que estamos acostumados a receber uma “educação bancária”, onde o autoritarismo prevalece na maioria das vezes. Apesar de termos sentido dificuldade, pudemos compreender e pôr em prática alguns pressupostos de Paulo Freire, porém este referencial requer um tempo maior de ajustamento, pois a nossa prática educativa, como já foi mencionado, provém de uma concepção “bancária”, onde a passividade e o imobilismo negam completamente o diálogo, inibindo a criatividade. Apesar de os pressupostos de Paulo Freire se tratarem de uma educação libertadora, onde o indivíduo tem liberdade para se expressar, não pretendemos desmerecer a importância da concepção bancária, já que a mesma também oportunizou a aquisição de conhecimentos, durante nossa trajetória.

Mas na atual conjuntura de final de século, acreditamos que faz-se necessário repensar e reavaliar as concepções do processo educativo, contribuindo para uma educação mais aberta e participativa, possibilitando o desenvolvimento da consciência crítica dos envolvidos.

A experiência deste trabalho, não só com a gestante, mas de abrir espaço para a complexidade da saúde comunitária em geral, proporcionou um aprendizado riquíssimo, que durante toda a trajetória não foi evidenciado.

A vivência do dia-a-dia, os relatos e a troca de idéias foi o maior conhecimento que obtivemos, mesmo que em alguns momentos permearam uma prática de saúde autoritária. Infelizmente, no decorrer do curso de graduação em enfermagem, obteve-se uma visão muito superficial e fragmentada da complexidade que envolve a saúde coletiva. Com este estudo, então, conseguimos reconhecer todo o universo que caracteriza a saúde comunitária, tendo sido este o tema gerador deste trabalho, pelas próprias circunstâncias e dinâmica vivenciada no dia-a-dia da comunidade e Centro de Saúde do Itacorubi. Porém, esta vivência poderia ter sido mais rica se o tempo de estágio não fosse tão reduzido.

O Programa Saúde da Família também foi outro fator que contribuiu para o enriquecimento deste trabalho. Este programa, constitui-se em uma proposta inovadora que está sendo implementada há pouco tempo na realidade da saúde, propondo mudanças no atual modelo de saúde. Foi importante também conhecermos de perto, e na prática, o que é o PACS, e qual sua função junto à comunidade, abrindo portas para o nosso conhecimento.

Por conseguinte, ter a oportunidade de conhecer a viabilização destes programas, nos oportunizou uma comparação entre o que é idealizado pelo Ministério da Saúde e o que foi evidenciado na realidade do CS II. Apesar dessas propostas não terem sido muito discutidas a nível acadêmico, levando muitas vezes ao seu desconhecimento, acreditamos ser necessário que essas novas diretrizes da saúde façam parte da formação do enfermeiro, pois elas caracterizam um novo caminho para a mudança na atenção à saúde.

Esperamos que com esse trabalho, e utilizando o referencial teórico de Paulo Freire, possamos haver contribuído para que as gestantes, juntamente com suas famílias e toda a comunidade, possam ser assistidas de uma forma cada vez mais competente e humana. Cabe aos profissionais de saúde estarem cientes de que a assistência não depende exclusivamente de recursos financeiros ou tecnologias, mas requer principalmente sensibilidade e disponibilidade para exercerem tais atribuições, contribuindo dessa forma para a humanização da assistência prestada, que só irá se consolidar com eficácia, se os profissionais de saúde tomarem consciência da

importância do desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar, onde “ninguém é mais que ninguém”.

Recomendamos aos colegas do Curso de Graduação em Enfermagem continuar desenvolvendo a prática assistencial nessa área, pois o profissional deve estar habilitado a reconhecer também as questões sociais e políticas, além das biológicas e psicológicas de toda a comunidade, desenvolvendo dessa forma uma assistência integral e mais humanizada.

Concluimos, através dessa prática educativa de enfermagem, uma possibilidade de rompimento do paradigma biológico de assistência, embora necessário mas não exclusivo, e a reflexão dos reais determinantes que condicionam a situação de vida e saúde das famílias, que vivem na área de abrangência do CS II Itacorubi.

Descreveremos, a seguir, algumas facilidades e dificuldades encontradas, no decorrer do estágio.

7.1. FACILIDADES ENCONTRADAS

- ⇒ A grande demanda de pacientes em geral, o que facilitou uma visão bastante ampla da saúde comunitária.
- ⇒ O bom entrosamento e receptividade dos funcionários do CS, assim como dos acadêmicos de medicina.
- ⇒ O trabalho em equipe.
- ⇒ O estímulo da orientadora e enfermeira supervisora.
- ⇒ O fato de o CS II Itacorubi ser campo de estágio do Distrito Docente Assistencial, e estar desenvolvendo a estratégia de Saúde da Família e PACS, permitindo uma melhor visão de como deveria ser uma assistência diferenciada e integral ao cliente, família e comunidade.

7.2. DIFICULDADES ENCONTRADAS

- ⇒ A enfermeira não apresentava uma agenda com horários fixos, para que pudessem ser agendadas gestantes para atendermos, pelo fato de a mesma estar

sobrecarregada de atividades relacionadas ao PSF e PACS e Distrito Docente Assistencial.

⇒ Espaço físico insuficiente devido ao acúmulo de estudantes de medicina e enfermagem, justamente pelo fato de o CS II fazer parte do Distrito Docente Assistencial, dificultando a realização dos nossos atendimentos.

⇒ A formação do grupo de gestantes, devido à falta de espaço físico no CS, e também a falta de interação com as gestantes e equipe de saúde, não emergindo a necessidade de formar um grupo de gestantes.

⇒ O fato da construção do projeto não ser baseada em um planejamento participativo, junto com a comunidade e equipe de saúde do CS, adequando-o à realidade vivenciada no dia-a-dia desta comunidade e voltado às suas reais necessidades.

⇒ A falta de interação entre alguns profissionais do CS, dificultando dessa forma o desenvolvimento da interdisciplinaridade.

⇒ Pouca adesão e talvez até compreensão de nosso trabalho pelos funcionários, pelo fato de não termos propiciado no início do estágio um momento para apresentação e esclarecimento do mesmo a toda a equipe de saúde.

⇒ Dificuldade de colocar em prática o referencial teórico, pelo fato de sua complexidade, sendo nosso primeiro contato com o mesmo e também pelo pouco tempo de orientação, o que dificultou nossa compreensão.

⇒ Não foi possível desenvolver o trabalho juntamente com os ACS, que era objetivo de nosso projeto, pelo fato de os mesmos estarem com suas atividades paralisadas por determinação da Secretaria da Saúde e por ainda não terem iniciado seu trabalho prestando acompanhamento à comunidade.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Normatização da assistência à saúde da mulher. 3 Ed. SSDS – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 1998.

Programa de agentes comunitários de saúde – PACS. Programa comunidade solidária. Brasília, 1997.

Grande dicionário novo Brasil. São Paulo: Novo Brasil, 1980.

Livro de resumos da 1ª mostra nacional de produção em saúde da família. Brasília, DF, 1999.

Manual da promoção do aleitamento materno. UNICEF, 1993.

Revista brasileira de saúde da família. Ministério da Saúde, nov., 1999.

ALONSO, I.L.K. Buscando caminhos para viver saudável: uma proposta educativa de enfermagem voltada às mulheres “mães de primeira viagem”, em seus enfrentamentos cotidianos. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), UFSC, 1994.

BORGES, Renata. Processo de trabalho em programas de saúde da família e a questão da interdisciplinariedade. Prefeitura Municipal de Florianópolis e Serviço de Saúde Pública do Hospital Universitário.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. O que é método Paulo Freire. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1981.

BRITO, Valdete Herdt. Desvelando o processo ensino-aprendizagem da assistência de enfermagem – ação e reflexão sobre a realidade com o corpo discente.

Florianópolis: 1997. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem).
Universidade Federal de Santa Catarina.

BUB, L. J.R.; PENNA, C.M.M. Marcos para a prática de enfermagem com famílias.
Florianópolis: Ed. UFSC, 1994.

CARVALHO, Geraldo Mota de. Enfermagem em obstetrícia. São Paulo: EPU, 1990.

DOMINGUEZ, B.N.R. Programa saúde da família: como fazer. Belo Horizonte: Ed.
Revista e Atualizada, junho, 1998.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina ambulatorial:
condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

- ESMERALDINO, A. de Quadra. Ação educativa de enfermagem, junto à famílias de
crianças desnutridas, inseridas numa área de abrangência de PSF em
Florianópolis. Projeto Assistencial de conclusão da VIII Unidade Curricular do
Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, 1999.

FREIRE, P. Educação e mudança. 19ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Paz e Terra,
1993.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 10ª ed.
São Paulo: Paz e Terra, 1999.

FREIRE, P. Pedagogia da esperança. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, Paulo. Educação como prática da liberdade. 17 ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz
e Terra, 1983.

- FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. 5 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

FREITAS, F., COSTA, S.M., RAMOS, J.G., PASSOS, E.P. Rotinas em obstetrícia. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GADOTTI, Moacir. Paulo Freire: uma bibliografia. São Paulo: Cortez. Instituto Paulo Freire, Brasília, DF: Unesco, 1996.

HEIDEMANN, I.T.B.; SANDRI, S.R. Fatores sócio-ambientais envolvidos na promoção do desenvolvimento de crianças de 03 meses à 3 anos matriculados na creche do Centro Social Urbano do Bairro Saco dos Limões. Revista Ciências da Saúde, v. 15, n. 1 e 2, Florianópolis, jan/dez, 1996.

HEIDEMANN, Ivonete T.S.B. Participação popular na busca de uma melhor qualidade de vida: uma alternativa. Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), UFSC.

KUNTZE, Tânia Denise. A assistência de enfermagem planejada à mulher gestante, fundamentada nos estudos de Liliana Felcher Daniel. Florianópolis, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.

LEÓN, Roberto Briceño. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro: V.12, n.1, p.7-30. Jan/Mar, 1996.

MAESTRI, E., LIZ, S. Acompanhando a mulher-mãe em seu processo de maternidade: vivenciando o cuidado cultural. Curso de Graduação em Enfermagem. UFSC, 1998.

MALDONADO, Maria Teresa Pereira. Psicologia da gravidez. 12 ed. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1991.

- MINAYO, M.C.de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.
- MIRANDA, C. F. de; MIRANDA, M.L. de. Construindo a relação de ajuda. 8 ed. Belo Horizonte: Crescer, 1993.
- MOYSÉS, R. Médicos de homens e de almas? Jornal Universitário. Florianópolis, UFSC, set., 1999.
- NITSCHKE, R. G. Nascer em família: uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável. Florianópolis: UFSC, 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
- PEREIRA, Gilza Saudre. O profissional de saúde e a educação em saúde: representações de uma prática. Rio de Janeiro, 1993. (Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Fio Cruz).
- REZENDE, J. Obstetrícia. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- RICHARTZ, Liliam Isabel. O cuidado de enfermagem às mulheres gestantes e puérperas fundamentado na teoria do auto-cuidado de Dorothea E. Orem. Curso de Graduação em Enfermagem. UFSC, 1999.
- SANTOS, A., SAUCEDO, T., STEUPP, M. Vivendo o processo de nascimento: cuidado do recém-nascido, puérpera e sua família, inseridos num contexto cultural. Curso de Graduação em Enfermagem. UFSC, 1997.
- SAUPE, Rosita. Educação e promoção em saúde – tendências e perspectivas. I Encontro da Macro-Região Centro-Oeste sobre Promoção e Educação em Saúde. Brasília, DF, 2 a 5 de junho de 1998.

- SOUZA, Ana Izabel Jatobá. No cuidado com os cuidadores – em busca de um referencial para a ação de enfermagem oncológica pediátrica fundamentada em Paulo Freire. Florianópolis, 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).
- TRENTINI, Mercedes, DIAS, Lygia Paim Müller. Meu primeiro projeto assistencial. Florianópolis: UFSC. Casa Vida e Saúde, 1994.
- VASCONCELOS, Eymard Mourão. Crise e redefinição da educação popular em saúde nos anos 90.
- WOSNY, Antônio de Miranda. Nasce o sol no sol nascente: organização popular numa perspectiva problematizadora de educação e saúde. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
- ZIEGEL, Erna E., CRANLEY, Mecca S. Enfermagem obstétrica. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

9 - ANEXOS

Anexo 1

Normativa do Programa Capital Criança

PRÉ - NATAL

O nascimento de uma criança representa também o nascimento de uma nova família. A mulher, ao dar a luz, seu companheiro e seus familiares, formam uma nova relação, com novas responsabilidades entre eles, o bebê e a sociedade. Um centro de saúde voltado para a atenção desta família deve reconhecer esta importância e responsabilidade e ter como meta a promoção de saúde para todos os membros do novo grupo familiar.

No atendimento de saúde durante o desenvolvimento da gravidez muitas complicações podem ser evitadas ou mesmo minimizadas em função de um diagnóstico precoce ou uma orientação correta prestada oportunamente.

O objetivo principal do seguimento de rotinas na assistência pré-natal é garantir uniformidade de ações e promover integração multidisciplinar, mediante o que poder-se-á obter melhores resultados no atendimento da gestante e sua família durante o processo de gravidez-parto-puerpério. Também é um objetivo fornecer à equipe de saúde respaldo teórico, técnico e institucional na promoção da assistência.

1. Garantia do Atendimento

O acompanhamento pré-natal é prioridade na rede básica de saúde municipal. A consulta deve ser garantida através de agendamento e a responsabilidade do atendimento a este grupo é de todos os profissionais de saúde.

2. Captação

A gestante pode chegar espontaneamente aos CSs ou ser captada através de ações de divulgação na comunidade (*cartazes, panfletos, encontros, etc.*).

2.1. Recepção

Deve ser garantido o registro da gestante em prontuário contendo a Ficha Perinatal, a Ficha de Evolução e o Cartão da Gestante, no primeiro contato da usuária com o CS.

O agendamento para consulta médica, de enfermagem, odontológica ou com outro profissional da equipe de saúde, será feito conforme a organização do atendimento local.

3.Acolhimento

A gestante será acolhida por profissionais da equipe de enfermagem, que deverão verificar:

- Sinais vitais
- Peso
- Presença de edema
- Queixas (*atentar para: cefaléia, distúrbios visuais, tontura, dor abdominal, sangramento, perda de líquidos*)
- Presença de Hipertensão Arterial, Diabetes, Cardiopatia
- Ausência de movimentação fetal e contratilidade uterina

Esta ação de acolhimento tem como objetivo identificar possíveis fatores de risco que podem apontar para a urgência na realização de consulta médica ou encaminhamento da gestante para serviços de emergência.

Após o acolhimento, a gestante deverá ser agendada para consulta com o enfermeiro, que solicitará o teste de gravidez (TIG - Teste de Gravidez na urina), se esta não estiver confirmada; ou, quando já confirmada, solicitará os exames laboratoriais básicos, cujos resultados serão apresentados na 1ª consulta médica.

4.Consulta Pré-Natal

A consulta pré-natal é de competência dos seguintes profissionais:

Clínico geral e enfermeiro: de forma alternada na assistência ao pré-natal de baixo risco.

Gineco-obstetra: na assistência ao baixo e alto risco.

O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis) iniciando, o mais precoce possível, com intervalos de 4 (quatro) semanas até a 38ª semana de gestação e, a partir daí, quinzenal ou semanal, segundo critério do profissional que realiza o atendimento, até o término do prazo da gestação: 42 semanas.

4.1.Primeira Consulta

4.1.1.Anamnese:

Coleta e registro da história da mulher, preenchendo a Ficha Perinatal, Formulário do Sisvan - Gestante e o Cartão da Gestante, investigando:

- ✕ História Patológica Pgressa
- ✕ História Familiar
- ✕ História Ginecológica e Obstétrica
- ✕ Uso de drogas (*prescritas e auto medicação*)
- ✕ Alergia a medicamentos
- ✕ Hábitos (*etilismo, tabagismo, drogas e sexuais*)
- ✕ História Social
- ✕ Gravidez planejada?

4.1.2.Exame Físico:

- ✗ Altura
- ✗ Peso - avaliação antropométrica através do uso do nomograma e preenchimento do respectivo gráfico
- ✗ Pressão arterial
- ✗ Exame da Tireóide
- ✗ Exame do aparelho cardiovascular e circulatório
- ✗ Exame das mamas
- ✗ Exame do abdômem com palpação obstétrica, medida da altura uterina e BCF
- ✗ Exame dos membros inferiores
- ✗ Pesquisa de edema (*face, tronco e membros*)
- ✗ Exame Ginecológico com coleta de material para o exame colpocitológico (*ecto e vaginal*)

4.1.3.Exames Laboratoriais:

- ✗ Hemoglobina
- ✗ Parasitológico de fezes
- ✗ Parcial de urina
- ✗ Tipagem sanguínea, fator RH
- ✗ VDRL - *repetir no segundo trimestre*
- ✗ Rubéola - IgG/IgM
- ✗ AgHBs
- ✗ Anti HIV (*com o consentimento da cliente e habilitação do profissional*)
- ✗ Colpocitologia oncótica (*caso não tenha realizado no último ano*)
- ✗ USG obstétrica (*em torno da 20ª semana de gestação*)
- ✗ Glicemia de jejum (*se paciente obesa ou do grupo de risco para Diabetes*)
- ✗ Teste de Tolerância à Glicose (*entre 24ª e 28ª semana gestação*)
- ✗ Coombs Indireto (*Paciente Rh negativo e parceiro Rh positivo, ou fator Rh desconhecido: solicitar Coombs indireto; se negativo, repeti-lo de 4 em 4 semanas, a partir da 24ª semana gestacional ; se positivo, referir ao pré-natal de alto risco.*)
- ✗ Toxoplasmose IgG/IgM - quando houver história de contato com cães e gatos, ou ingestão de carne crua.

4.1.4.Orientações

- ✗ Hábitos de vida, dieta, higiene, vestuário
- ✗ Cuidados com o corpo
- ✗ Atividade sexual
- ✗ Exercícios físicos respiratórios
- ✗ Hábitos de fumo e álcool
- ✗ Importância do aleitamento materno
- ✗ Alerta aos sinais de risco (*sangramento, contrações e perda de líquido amniótico*)

- ☒ Vacinação anti-tetânica (3 doses, a partir da 20ª semana, com intervalo de 45 dias entre as duas primeiras doses e 180 dias entre a segunda e a terceira dose)
- ☒ Suplementação de Ácido Fólico (Pacientes com história de recém-nato com defeito do tubo neural em gestações anteriores, devem ser submetidas a um regime de 4mg/dia. Aquelas com risco intermediário, como as insulino-dependentes, epiléticas tratadas com ácido valpróico ou carbamazepina, ou com parentes em 1º grau que apresentem defeito do tubo neural, devem ser suplementadas com 1 a 4 mg de Ácido Fólico)
- ☒ Quando a gestante for HIV positivo, proceder conforme orientações do Anexo I.
- ☒ Proceder a avaliação do estado nutricional conforme definição das rotinas do Sisvan. Ver "Sisvan, Manual de Treinamento, 1996".
- ☒ Agendamento de retornos

Os dados colhidos deverão ser registrados na ficha perinatal anexa ao prontuário da cliente, e no cartão de gestante que deverá ficar com a mesma.

4.2.Consultas Subsequentes

Revisão da ficha perinatal e anamnese atual dirigida quanto a evolução do processo de gravidez, levantando e discutindo com a cliente os sinais e sintomas de cada fase da gestação, observando seu estado emocional frente a gravidez e ao parto. Estimular a participação da mulher no seu próprio processo de gravidez.

4.2.1.Proceder:

- ☒ cálculo e anotação da idade gestacional
- ☒ exame físico, incluindo o exame gineco-obstétrico:
 - determinação do peso anotando-o no gráfico
 - medida da pressão arterial
 - inspeção da pele e mucosas
 - inspeção das mamas
 - palpação obstétrica e medida da altura uterina
 - ausculta dos BCF
 - pesquisa de edema
- ☒ Avaliação dos exames laboratoriais e solicitação de outros, caso seja necessário*
- ☒ Controle do calendário de vacinação

4.2.2.Dar orientações quanto a:

- ☒ Hábitos de sono
- ☒ Hábitos intestinais
- ☒ Hábitos urinários
- ☒ Alimentação (dieta rica em fibras, ferro, vitaminas e sais minerais)
- ☒ Hábitos sexuais
- ☒ Trabalho e repouso
- ☒ Hábitos de lazer
- ☒ Exercícios físicos

4.4. Fluxograma de encaminhamento para o gineco-obstetra de referência:

- Regional Norte:
 - CSII Santo Antônio de Lisboa - 235 1176
 - CSII Cachoeira do Bom Jesus - 266 1045
 - CSII Saco Grande II - 238 0110
- Regional Sul:
 - CSII Costeira do Pirajubaé - 226 3333
- Regional Leste:
 - CSII Lagoa da Conceição - 232 0639
- Regional Centro:
 - CSII Centro - 225 5691
- Regional Continente:
 - CSII Capoeiras - 248 1621
 - Policlínica II Estreito - 244 2655
 - CSII Estreito - 244 1200
 - CSII Balneário - 248 1620

O agendamento se dará por telefone, de CS para CS/Policlínica

Nas situações em que o gineco-obstetra avalie que não deva permanecer com a gestante, deverá encaminhá-la para uma das 4 referências da própria rede, agendando por telefone com o CS.

São elas: ELIANE SONCINI - Policlínica II ESTREITO

LENITA V. B. MEIRA - CS II CENTRO

NELMA REMOR DE OLIVEIRA - CS II CENTRO

JOÃO MENDONÇA - CS II CACHOEIRA E CS II SACO GRANDE II

A gestante deverá portar a ficha de encaminhamento de pacientes, devidamente preenchida, a fim de possibilitar-se a referência e contra-referência.

Após a avaliação por um destes profissionais, a gestante se necessário, será agendada para atendimento no serviço de atenção ao pré-natal de alto risco, no ambulatório da Maternidade Carmela Dutra, com agendamento através do telefone 223-5963.

Os casos de Diabetes Mellitus podem ser encaminhados diretamente para consulta no Hospital Universitário - Centro Obstétrico, com o Dr. Marcos Leite, às sextas-feiras, nos períodos matutino e vespertino.

Quando encaminhada para o serviço de pré-natal de alto-risco dos hospitais, por um daqueles quatro profissionais, a gestante deverá portar a ficha de encaminhamento específica para estes casos.

des: 4.5. Situações que deverão ser encaminhadas diretamente às maternida-

- hemorragia
- prenhez ectópica
- pré-eclâmpsia severa
- rotura prematura de membranas ovulares
- trombose venosa profunda

Em qualquer serviço da rede, quando seja identificada uma destas situações, o encaminhamento será imediato, devendo a gestante portar a ficha de encaminhamento de pacientes e o cartão da gestante devidamente preenchidos.

4.6. Últimas consultas

☉ Revisão da ficha perinatal e cartão da gestante, com cálculo e anotação da idade gestacional.

☉ Exame Físico:

- ☒ Pressão arterial
- ☒ Peso
- ☒ Inspeção das mamas
- ☒ Altura uterina
- ☒ B C F
- ☒ Presença de edema
- ☒ Toque vaginal: - apresentação
 - dilatação do colo uterino
 - bolsa amniótica

☉ Dar orientações quanto a:

- ☒ Sinais e sintomas de trabalho de parto
- ☒ O parto normal, analgesia/anestesia, episiotomia
- ☒ Estadia hospitalar e alojamento conjunto
- ☒ Aleitamento materno
- ☒ Cuidados com o bebê
- ☒ Retornos subsequentes até o parto
- ☒ Retorno, do 7º ao 10º dia de puerpério, da mãe e do bebê.

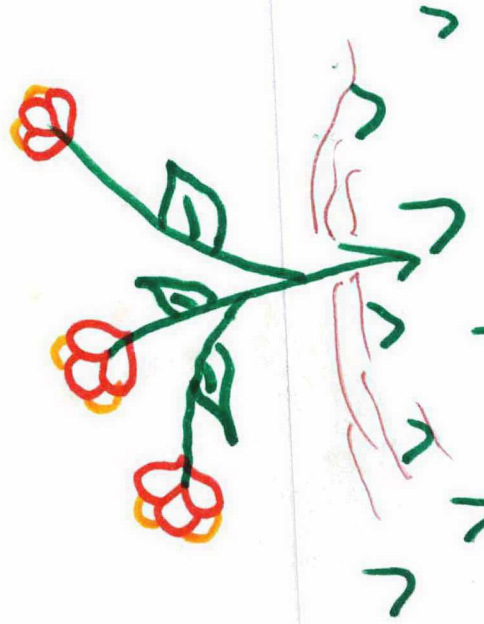
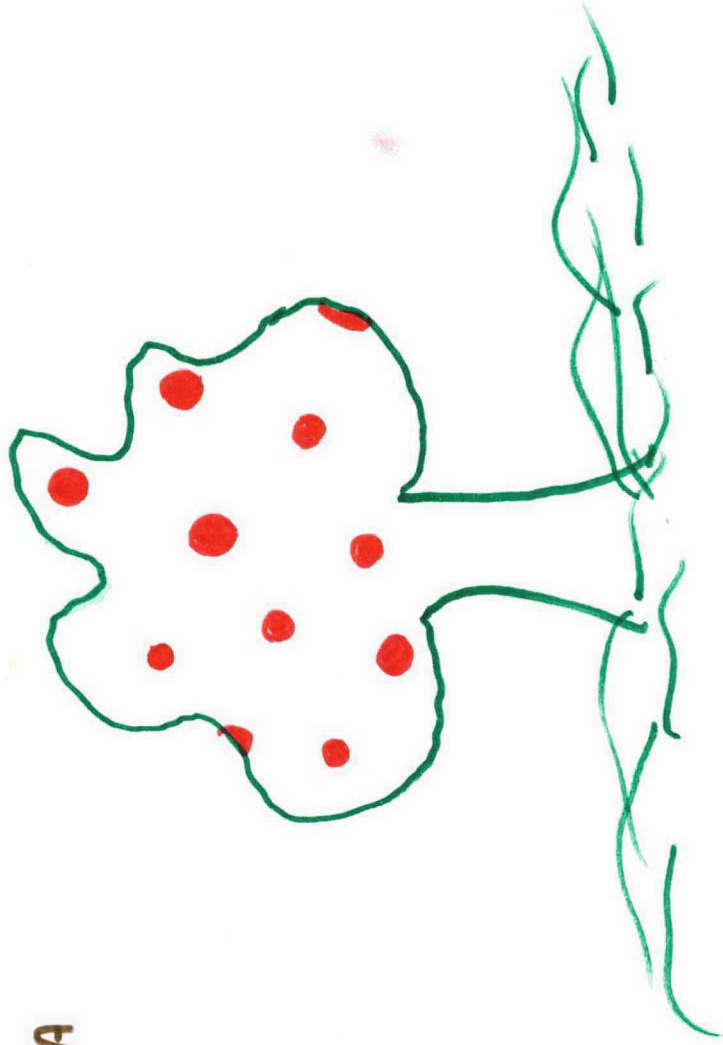
Os dados deverão sempre ser registrados na ficha perinatal, anexa ao prontuário da cliente, e no cartão da gestante. Orientar a gestante para que tenha sempre consigo o seu cartão, para apresentá-lo em todas as consultas ou outro atendimento, seja em centros de saúde ou em hospital.

ANEXO 2

Desenhos realizados pelas gestantes e familiares durante o primeiro encontro do grupo de gestantes.

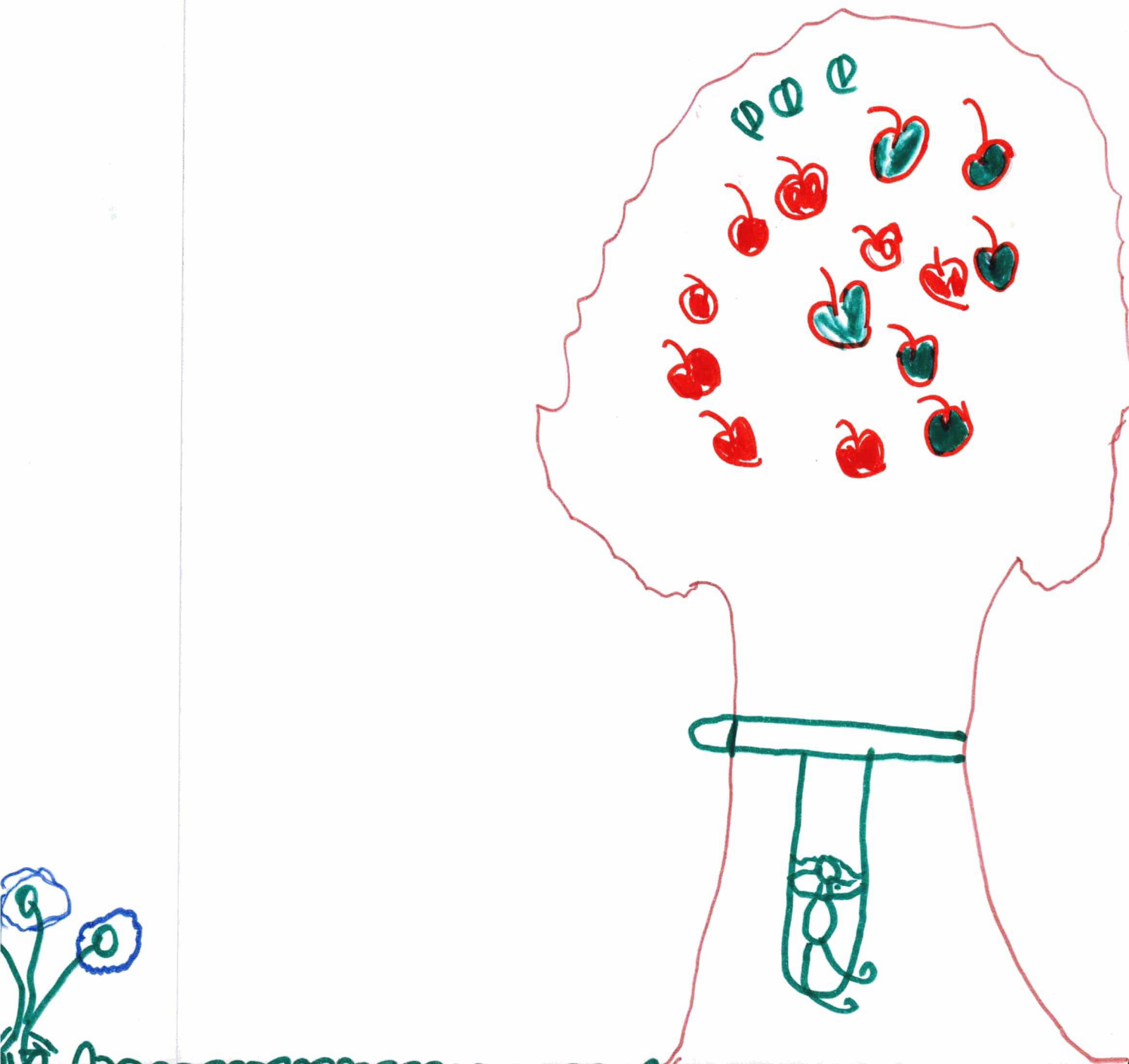
que estou gostando mas
no meu corpo e' o meu
seio.

minha gravidez ate' agora
esta sendo tranquila
com poucos enjoos e
mau estar.



Nice Neia Pádua

Eu ESTOU Se Tido Tudo BEM
Eu gosto do MEU corpo
Tenho MUITA ASÍEDADE





ANEXO 3

Comprovantes de participação em eventos relacionados ao trabalho.

Dia 19 de outubro

Horário: 19:00 às 22:00h

Tema: DST

Intercorrências mais comuns na Ginecologia.

Ministrantes: Edson Fedrizzi - Médico
Elizabeth Chrain - Médica

Público Alvo: Médicos e Enfermeiros

Local: FAHECE

Dia 21 de outubro

Horário: 19:00 às 22:00h

Tema: Atendimento Odontológico de Gestantes
“Terapêutica”.

Ministrante: Rubens Rodrigues Filho - Dentista

Local: FAHECE

Público Alvo: Dentistas

PROGRAMA

CAPITAL

CRIXGA

**TREINAMENTO EM AÇÕES
DÁ
SAÚDE DA MULHER**

Datas: 21, 23, 28, 30 de setembro
07, 14, 19 e 21 de outubro
de 1999.

**TREINAMENTO EM AÇÕES
DÁ
SAÚDE DA MULHER**

21/09/99 à 21/10/99

Local: FAHECE e ACM

Florianópolis SC



**FLORIANÓPOLIS
CAPITAL DA GENTE**

**FAHECE- Rua Presidente Coutinho
nº 160 - Centro**

Dia 21 de setembro

Horário: 19:00 às 20:45h - Abertura

Ministrante: Nítia Alves - Psicóloga

21:00 às 22:00hs

Tema: “Maternidade Segura”

Ministrante: Daphne Rattner

Local: FAHECE

Público Alvo : Médicos e Enfermeiros

Dia 23 de setembro

Horário: 19:00h às 22:00h

Tema: Pré- natal
“Atendendo o Pré- natal de rotina”

Ministrante:

Marcos Leite - Médico

Renata Borges - Médica

Local : FAHECE

Público Alvo: Médicos e Enfermeiras

Dia 28 de setembro

Horário: 19:00 às 22:00h

Tema: Pré- natal
Atendendo o Pré- natal nas inter-
corrências.

Ministrantes: Alberto Trapani - Médico

Renata Borges - Médica

Local: FAHECE

Público Alvo: Médicos e Enfermeiros

Dia 30 de setembro

Horário: 19:00 às 22:00h

Forum sobre “Violência contra a Mulher”

Ministrantes:

Jorge Andalaft Neto - Médico

Local : ACM

Público Alvo : Médicos e Enfermeiros

Dia 07 de outubro

Horário: 19:00 às 22:00h

Tema: Planejamento Familiar

Ministrantes: Ricardo Nascimento - Médico

Pedro Shimidt - Médico

Silvana Pereira - Enfermeira

Local: FAHECE

Público Alvo: Médicos e Enfermeiros

Dia 14 de outubro

Horário: 19:00 às 22:00h

Tema : Sífilis congênita HIV/AIDS

Transmissão Vertical

Aconselhamento pré e pós-teste

Ministrantes: Aroldo Carvalho - Médico

Sandra R. Silveira - Psicóloga

Local: FAHECE

·Público Alvo: Médicos , Pediatras
Enfermeiros

51º Congresso Brasileiro de Enfermagem
10º Congresso Panamericano de Enfermería

Certificado

Certificamos que SILVIA SCHWERTZ

Participou do 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e
10º Congresso Panamericano de Enfermería, realizado em Florianópolis-SC,
Brasil, no período de 02 a 07 de outubro de 1999, na qualidade de Participante

Florianópolis, 07 de outubro de 1999

Peninquene

Gelson Luiz de Albuquerque
Presidente da Comissão Executiva
do 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem

Medeiros

Maria Auxiliadora Córdova Christófaro
Presidenta do 10º Congresso Panamericano
de Enfermería

Eucléa Gomes Valle

Eucléa Gomes Valle
Presidente do 51º Congresso Brasileiro
de Enfermagem

Realização:



Promoção:





CERTIFICADO



Conferido a

Silvia Schwerz

Pela participação como voluntária na Campanha Nacional de
Multivacinação ocorrida no dia 16 de outubro de 1999, no período das 8:00 às
17:00 horas.

Atenciosamente,

Florianópolis, 09 de Novembro de 1999



VANUSA CRISTINA BEAL

Coordenadora da Vigilância Epidemiológica



CERTIFICADO

Conferido a

Daniela Cristina Corso

Pela participação como voluntária na Campanha Nacional de
Multivacinação ocorrida no dia 16 de outubro de 1999, no período das 8:00 às
17:00 horas.

Atenciosamente,

Florianópolis, 09 de Novembro de 1999


VANUSA CRISTINA BEAL
Coordenadora da Vigilância Epidemiológica



ENCONTRO DE ATUALIZAÇÃO EM CLIMATÉRIO E SEXUALIDADE


CERTIFICADO

Certificamos que SILVIA SCHWERTZ participou do **Encontro de Atualização em Climatério e Sexualidade**, realizado em Florianópolis na Universidade Federal de Santa Catarina, nos dias 04 e 05 de novembro de 1999, na qualidade de **participante**, com carga horária de 07 horas.

Florianópolis, 05 de novembro de 1999


Patrícia Madalena Vieira
Acadêmicas da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC


Tatiane Gobbatto de Liz
Acadêmicas da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC


Vera Lúcia Gesser
Acadêmicas da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC

Dia 04/11/99 – Palestra de Abertura: Climatério e sua influência na sexualidade sob os aspectos bio-psico-sócio-cultural
Palestrante: Nilton César da Silva

Endocrinologista com Especialização em Sexualidade Humana

Dia 05/11/99 – Vídeo: “Maravilhas do corpo humano: a era da maturidade”

Mesa Redonda: Terapêutica medicamentosa à mulher climatérica e seus efeitos sobre a sexualidade

Palestrante: Alberto Trapani Júnior

Ginecologista com Especialização em Sexualidade Humana

A mulher climatérica e os fatores psicológicos na vivência de sua sexualidade

Palestrante: Lucimar Secches Ghelfi

Psicóloga

Resposta Sexual Humana

A assistência de enfermagem à mulher climatérica com ênfase nos aspectos relacionados à sua sexualidade

A realidade dos serviços de saúde e da assistência voltada à mulher climatérica e sua sexualidade

Palestrante: Olga Regina Z. Garcia

Enfermeira, Mestre em Assistência de Enfermagem e Docente do Departamento

Enfermagem – UFSC

* Dra. Maria Helena B. Westrupp, Enfermeira, Docente do Departamento de Saúde Pública – CCS/UFSC - Orientadora do Projeto Assistencial: “Climatério e Sexualidade - da realidade à possibilidade de cuidar em enfermagem”

* Helena Teresinha Rosa, Enfermeira com Especialização em Sexualidade Humana – Supervisora do Projeto Assistencial: “Climatério e Sexualidade – da realidade à possibilidade de cuidar em enfermagem”



ENCONTRO DE ATUALIZAÇÃO EM CLIMATÉRIO E SEXUALIDADE

CERTIFICADO

Certificamos que DANIELA CRISTINA CORSO participou do **Encontro de Atualização em Climatério e Sexualidade**, realizado em Florianópolis na Universidade Federal de Santa Catarina, nos dias 04 e 05 de novembro de 1999, na qualidade de **participante**, com carga horária de 07 horas.

Florianópolis, 05 de novembro de 1999



Patrícia Madalena Vieira

Acadêmicas da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC



Tatiane Gobatto de Liz

Acadêmicas da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC



Vera Lúcia Gesser

Acadêmicas da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC

Dia 04/11/99 – Palestra de Abertura: Climatério e sua influência na sexualidade sob os aspectos bio-psico-sócio-cultural
Palestrante: Nilton César da Silva

Endocrinologista com Especialização em Sexualidade Humana

Dia 05/11/99 – Vídeo: “Maravilhas do corpo humano: a era da maturidade”

Mesa Redonda: Terapêutica medicamentosa à mulher climatérica e seus efeitos sobre a sexualidade

Palestrante: Alberto Trapani Júnior

Ginecologista com Especialização em Sexualidade Humana

A mulher climatérica e os fatores psicológicos na vivência de sua sexualidade

Palestrante: Lucimar Secches Ghelfi

Psicóloga

Resposta Sexual Humana

A assistência de enfermagem à mulher climatérica com ênfase nos aspectos relacionados à sua sexualidade

A realidade dos serviços de saúde e da assistência voltada à mulher climatérica e sua sexualidade

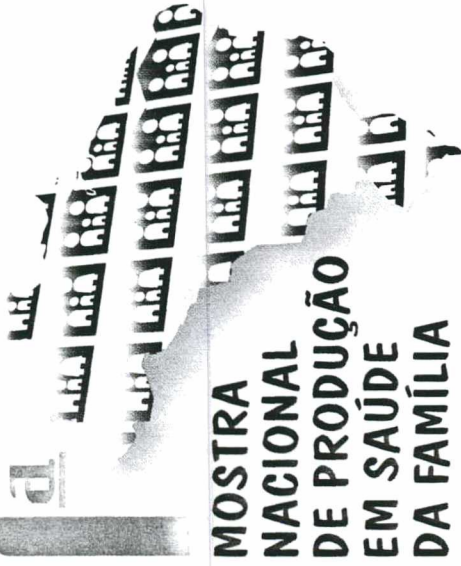
Palestrante: Olga Regina Z. Garcia

Enfermeira, Mestre em Assistência de Enfermagem e Docente do Departamento

Enfermagem – UFSC

* **Dra. Maria Helena B. Westrupp, Enfermeira, Docente do Departamento de Saúde Pública – CCS/UFSC - Orientadora do Projeto Assistencial: “Climatério e Sexualidade - da realidade à possibilidade de cuidar em enfermagem”**

* **Helena Teresinha Rosa, Enfermeira com Especialização em Sexualidade Humana – Supervisora do Projeto Assistencial: “Climatério e Sexualidade – da realidade à possibilidade de cuidar em enfermagem”**



**MOSTRA
NACIONAL
DE PRODUÇÃO
EM SAÚDE
DA FAMÍLIA**

CONSTRUINDO UM NOVO MODELO

Certificado

*Certificamos que **Silvia Schwerer***

*participou da 1ª Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, promovida
pelo Ministério da Saúde, por meio da Coordenação de Atenção Básica,
no período de 22 a 25 de Novembro de 1999.*

Centro de Convenções - Brasília - DF

Heleniza Machado de Souza
Coordenadora de Atenção Básica

Renilson Klem de Souza
Secretário de Assistência à Saúde

APOIO



**MINISTÉRIO
DA SAÚDE**

**GOVERNO
FEDERAL**



Certificado

CONSTRUINDO UM NOVO MODELO

Certificamos que Daniela Corso

*participou da 1ª Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, promovida
pelo Ministério da Saúde, por meio da Coordenação de Atenção Básica,
no período de 22 a 25 de Novembro de 1999.*

Centro de Convenções - Brasília - D.F.

Heloiza Machado de Souza
Coordenadora de Atenção Básica

Renilson Rehem de Souza
Secretário de Assistência à Saúde

APOIO



MINISTÉRIO
DA SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL

ANEXO 4

**Questionário utilizado para o levantamento de dados para avaliação do perfil
epidemiológico das gestantes e sua família**

ROTEIRO PARA PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES

1. a) Idade:

b) Idade da primeira gestação:

2. Escolaridade:

() primário

() 1º grau incompleto

() 1º grau completo

() 2º grau incompleto

() 2º grau completo

() 3º grau incompleto

() 3º grau completo

() analfabeto

3. Estado Civil:

() solteira

() casada

() separada

() viúva

() união estável

4. Profissão:

5. A gravidez foi planejada (desejada):

() sim

() não

6. Fazia uso de algum método anticoncepcional?

☐ sim ☐ não

Qual?

7. Número de gestações:

8. Número de filhos:

9. Renda mensal familiar:

☐ menos de 1 salário mínimo

☐ 1-2 salários mínimos

☐ 3-5 salários mínimos

☐ mais de 5 salários mínimos

10. Número de pessoas que vivem da renda familiar:

☐ até 3

☐ 4 a 5

☐ 6 a 8

☐ mais de 8

11. Casa onde reside:

☐ madeira ☐ alvenaria ☐ mista

☐ própria ☐ alugada

12. Quantas pessoas residem na casa?

13. Energia elétrica:

☐ sim ☐ não

14. Água tratada:

☐ sim ☐ não

15. Possui rede de esgoto:

() fossa séptica () céu aberto () rede pluvial

16. Faz uso de:

() álcool () fumo () outros

ANEXO 5

**Prêmio (quebra-cabeça) distribuído para as crianças que participaram da gincana
sobre “A Importância do Aleitamento Materno”**



*Amamentar:
uma lição de vida.*

Semana Mundial
da Amamentação

Amamentação: educação para a vida.

01-07-1990



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@repensul.ufsc.br

DISCIPLINA: ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA INT 5134

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

Mediante Banca Examinadora das alunas
Sílvia Schwerz e Danilla Corso, ^{relato no} relatório de
estágio . . . algumas modificações

tais como: Mudanças do objetivo 3

- Revisão de literatura com referência bibliográfica
- Registro do SOAP em forma word
- Correções ortográficas
- Reformulação do Sumário
- Indicação de mudanças de nome de PSF p E.S.F.
- Identificação e Referências das figuras das fotos.
- Correção do Título .

Considerando que as mesmas aceitaram com as sugestões da banca, sou de parecer favorável a aprovação deste relatório. H. Ivanete G. S. B. (Assinatura)